

การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร



นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974 – 17 – 1237 - 5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF RESTRAINING
HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS OF PROFESSIONAL NURSES,
GOVERNMENTAL HOSPITALS, BANGKOK METROPOLIS



Miss Nutmanee Phakapornrut

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Program of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974 – 17- 1237- 5

ณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ : การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่
รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร (A
STUDY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF RESTRAINING
HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS OF PROFESSIONAL NURSES,
GOVERNMENTAL HOSPITALS, BANGKOK METROPOLIS) อาจารย์ที่ปรึกษา : อ.ดร.
จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 144 หน้า. ISBN 974 – 17 – 1237 - 5

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย
สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเทียบการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามความรู้และ
ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของ
พยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความรู้และทัศนคติ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 302 คนที่
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ เขต
กรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรง
คุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบวัดในแต่ละส่วนเท่ากับ 0.89, 0.76 และ 0.93 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางและมี
ทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีพอใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
อยู่ในระดับดีมาก
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับความรู้ และทัศนคติแตกต่างกันมีการปฏิบัติในการผูกมัด
ผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพจากการ
สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คนประกอบด้วย ปัจจัยจากผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านบุคลากร
พยาบาล ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยจากญาติผู้ป่วยและปัจจัยด้าน
ช่วงเวลาในการทำงาน

ภาควิชา	คณะพยาบาลศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4377623136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: KNOWLEDGE/ ATTITUDE/ PRACTICE/ FACTORS OF RESTRAINING

NUTMANEE PHAKAPORN RUT : A STUDY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF RESTRAINING HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS OF PROFESSIONAL NURSES, GOVERNMENTAL HOSPITALS, BANGKOK METROPOLIS. THESIS ADVISOR : JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA Ph.D., 144 pp. ISBN 974 – 17 – 1237 - 5

The purposes of this research were to study knowledge, attitude and practice of restraining elderly patients of professional nurses, to compare the practice of restraining elderly patients based on different level of knowledge and attitude of professional nurses, and to study factors effected practice of restraining elderly patients of professional nurses different in level of knowledge and attitude. Subjects were 302 professional nurses in medical - surgical ward and intensive care unit of governmental hospitals, Bangkok metropolis. A questionnaire comprised with 3 sections: knowledge, attitude and practice measures, was developed by the researcher and tested for content validity and the reliability, which were 0.89, 0.76 and 0.93 respectively.

The major findings were as follow:

1. Knowledge about restraining elderly patients of professional nurses was at the middle level, attitude about restraining was considered as a good thing for elderly patients, and practice of restraining elderly patients were at a very good level.
2. Professional nurses who had different knowledge and attitude were not statistically significant difference in practice of restraining elderly patients at the 0.5 level.
3. From indepth interviews 20 professional nurses, factors concerned about practice in restraining elderly patients of were: elderly factors, attitude factors, physical factors, organizational factors, relative factors and shift of work factor.

Department Faculty of Nursing

Field of study Nursing science

Academic year 2002

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co- advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้ความรู้ คำแนะนำ แก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจและเอื้ออาทรต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดเห็นแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือขอขอบคุณผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลประจำการโรงพยาบาลตำรวจ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ราชวิถี พระมงกุฎเกล้า รามาธิบดี และวชิรพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนักทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่น้องทุกคนที่คอยห่วงใย ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา จนกระทั่งผู้วิจัยมีกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
การสูงอายุ.....	10
หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ.....	14
ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ.....	17
ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ.....	34
การปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ.....	39
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	103
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุมัติข้าราชการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล.....	117
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก จ ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงคะแนนความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัด ผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ.....	136
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	144

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร.....	61
2	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน.....	61
3	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
4	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการ ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ.....	75
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนร้อยละและระดับความรู้เกี่ยวกับ การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกเป็นรายด้าน.....	76
6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการผูกมัด ผู้ป่วยสูงอายุ.....	76
7	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติในการ ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ.....	77
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย สูงอายุจำแนกเป็นรายด้าน.....	78
9	เปรียบเทียบระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับระดับการปฏิบัติในการผูกมัด ผู้ป่วยสูงอายุ.....	79
10	เปรียบเทียบระดับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพกับระดับการปฏิบัติในการผูกมัด ผู้ป่วยสูงอายุ.....	80

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		หน้า
1	Belt restraint.....	27
2	Wrist and Ankle restraints.....	28
3	Vest restraints.....	29
4	Mitten restraints.....	29
5	กรอบแนวคิดการผูกมัด.....	44



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันส่งผลให้ประชากรที่มีภาวะความเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในโรงพยาบาลของรัฐ 7 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.17 (ปริดา เต๋ออาร์กย์, 2542: 9) ทำให้อัตราส่วนของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์กับจำนวนผู้มารับบริการเปลี่ยนแปลงไป พยาบาลต้องรับภาระงานมากขึ้น โดยพบว่าอัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในปี พ.ศ. 2540 เท่ากับ 1:1073 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542: 158) ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่สูงกว่าเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่า พยาบาล 1 คน ต้องรับผิดชอบดูแลประชากร 900 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2540: 105) จึงส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรวดเร็ว (สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์, 2535) แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด ดังนั้นจึงทำให้เกิดการผูกมัดผู้ป่วยขึ้น (Bryant and Fernald, 1997) เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการมีพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา เช่น การดึงท่อช่วยหายใจ การดึงสายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ สายให้อาหารหรือสายสวนปัสสาวะและอื่น ๆ (Rader, 1991: 10) รวมทั้งเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวทำให้พยาบาลต้องเสียเวลาในการ ปฏิบัติงาน ซ้ำซ้อนและยังก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย การผูกมัดผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พบเห็นได้เป็นประจำในโรงพยาบาลของรัฐที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก

การศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยของ Mion และ Stumpf (1994: 127) พบว่าการผูกมัดจะเพิ่มขึ้นตามอายุคือ พบการผูกมัดในผู้ป่วยทุกรายร้อยละ 6 – 17 ผู้ป่วยอายุ 65 ปีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 – 20 และผู้ป่วยอายุ 75 ปีขึ้นไปพบมากขึ้นเป็นร้อยละ 22 ผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดมากที่สุดในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดจากภาวะความเจ็บป่วย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การได้รับยาบางชนิด จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะวุ่นวาย (Agitation) หรืออาการสับสน (Confusion) (Billing and Cohen - Mansfield, 1986) มีพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษาหรือพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง เช่น การหยิกทำร้ายตนเอง การเดินไปมาโดยไม่มีจุดหมาย (Wandering) หรือการดึงอุปกรณ์การรักษา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การถูกผูกมัด

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ (2533) ได้กล่าวถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุว่า พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการสูงอายุ เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองและสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ดังนั้นในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการผูกมัดเป็นการจำกัดความเคลื่อนไหว (Immobilization) อย่างหนึ่งหรือทำให้เกิดภาวะเคลื่อนไหวที่ไม่ได้ประเภทชั่วคราว (Mass and Specht, 2001: 345) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาต่าง ๆ มากมายหากมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและขาดความเหมาะสม ถึงแม้ว่าการถูกจำกัดความเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากการผูกมัดจะเกิดขึ้นเพียงไม่กี่วันหรืออาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น การศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; Devit, 1998; Maas และ Specht, 2001; Stanley และ Beare, 1995 พบว่า การถูกจำกัดความเคลื่อนไหวจากการผูกมัดก่อให้เกิดผลต่อเนื้อเยื่อและปัญหาแทรกซ้อนแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบขับถ่าย และทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) เพิ่มมากขึ้น (Roger and Bocchino, 1999: 27) ซึ่งนอกจากผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว การผูกมัดยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ คือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า กลัว โกรธ วิตกกังวล มีพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Brungardt, 1994: 43; Hellwig, 2000: 397; Mion and Strumpf, 1994: 128; Roger and Bocchino, 1999: 27; Ramprogus, 1991: 45; Weick, 1992: 74) ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

การศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของ Kayser – Jones (1992) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน คือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ลักษณะของหอผู้ป่วย แสง เสียง อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านองค์กร เช่น นโยบายของโรงพยาบาล อัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย เช่น ระดับการรับรู้ สภาพาร่างกาย ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านวัฒนธรรม – จิตสังคม เช่น มุมมอง ความเชื่อทัศนคติ และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ซึ่งเคเซอร์ – โจนส์กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุคือ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของพยาบาล

ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยการจะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมีประสิทธิภาพได้นั้น พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ เพราะจะทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและมีความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น (อาภา ใจงาม, 2533) ดังเช่นการศึกษาของ Swanger และ Tomlin (2000) ที่พบว่า วัฒนธรรมการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเกิดจากการที่พยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ และการศึกษาของ Janelli et al. (1991) ซึ่งทำการศึกษาคำถามของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Nursing home โดยใช้แบบวัดความรู้ Knowledge About Physical Restraints พบว่าพยาบาลร้อยละ 15 มีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56 มีความรู้ในระดับปานกลางและผลจากการศึกษาพยาบาลร้อยละ 79 ยอมรับและเห็นด้วยกับการจัดอบรมเกี่ยวกับการผูกมัดว่าจะทำให้พยาบาลมีความรู้ในด้านการผูกมัดผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

นอกจากปัจจัยด้านความรู้แล้วทัศนคติเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากทัศนคติก่อให้เกิดความโน้มเอียงของจิตใจและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพจึงมีผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพในการให้การพยาบาล การเข้าใจทัศนคติจะทำให้สามารถพยากรณ์พฤติกรรมของบุคคลได้ และจากการศึกษาทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติของ Scherer et al. (1993) พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 มีทัศนคติในทางบวกหรือเห็นด้วยกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุโดยพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ Lee et al., 1999; Blakeslee et al., 1991 ยังศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าจะปลอดภัยไว้ก่อน (Safety first) ดีกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายในภายหลัง และเชื่อว่าการผูกมัดจะลดจำนวนพยาบาลซึ่งสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายให้กับองค์กรได้

การศึกษาวิจัยการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็น เนื่องจากการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง ขาดความเหมาะสมจะส่งผลถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งแม้จะเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกวัย แต่จากการศึกษาของ Dewitt (1998: 257) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับอันตรายจากผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุด เนื่องจากระบบการชราทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ ในการฟื้นฟูกจากสภาวะถดถอยของร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัดขณะเข้ารับการรักษามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ถูกผูกมัด (Mion et

al., 1989) และจากการศึกษาของ Hantikainen และ Kappeli (2000) เกี่ยวกับการ ปฏิบัติในการ ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไม่ถูกต้อง ขาดความเหมาะสม กล่าวคือ ขาดการประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนที่จะตัดสินใจผูกมัด ขาด การดูแล การประเมินความต้องการและการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุขณะที่ถูก ผูกมัด รวมถึงขาดการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุหลังจากการผูกมัด ทำให้ ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังออกจากโรงพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตจากการ ถูกผูกมัดมากกว่า 100 คนต่อปี (Weick, 1992)

สำหรับในประเทศไทยแล้วยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเรื่องการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุใน ประเทศไทย โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 จนถึงปัจจุบันมีเพียงการศึกษาของวัลลภา เขยบัวแก้ว (2532) ที่ศึกษาการวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงใน โรงพยาบาลจิตเวช เพียงงานวิจัยเดียวที่ศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยและพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเหมาะสมในการ ดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดอยู่ในระดับต่ำ คือ ขาดการประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อนการ ผูกมัด และภายหลังจากการผูกมัดถึงร้อยละ 79.61 และจากการศึกษาการปฏิบัติงานในเชิงประจักษ์ (Evidence based study) ของฉันทมณี ผกาภรณ์รัตน์ (2544) ที่ศึกษาการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งและพบว่ายังมีปัญหา เกี่ยวกับการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือพยาบาลวิชาชีพจะผูกมัดผู้ป่วย สูงอายุตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ในรายที่ไม่มีญาติมาเยี่ยมและไม่มีการประเมินผู้ป่วยสูงอายุในระหว่าง การถูกผูกมัด ซึ่งทำให้เกิดข้อสงสัยว่าปัญหาเหล่านี้ อาจเกิดจากระดับความรู้และทัศนคติของ พยาบาลวิชาชีพ

จากความสำคัญดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการ ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล วิชาชีพ เนื่องจากใน โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์รวมความเจริญทางการแพทย์ จึงทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องรับภาระงานมากเมื่อ เทียบอัตราส่วนระหว่างจำนวนบุคลากรกับผู้ป่วย จึงทำให้การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอาจมีแนวโน้มสูง ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาใน โรงพยาบาลของรัฐ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพและ พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัด ตลอดจนลดอันตรายจากการอยู่ใน โรงพยาบาล (Hazard of Hospitalization) ของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ
3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความรู้และทัศนคติในการปฏิบัติการผูกมัด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พยาบาลจะมีความสามารถในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้เรื่องผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและมีความเข้าใจในผู้สูงอายุมากขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล ดังที่ประไพ น้อยจ้อย (2540) ศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความชำนาญจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ความสามารถในทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และจากการศึกษาของ Mayhew (1999) พบว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุขึ้นกับความรู้ของพยาบาล รวมทั้งการศึกษาของ Sundel et al., 1994; Werner et al., 1994; Scherer et al., 1991; Hardin et al., 1994; Lee et al., 1999 ที่พบว่า การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการผูกมัดที่ถูกต้อง รวมถึงผลของการผูกมัดผู้ป่วยจะนำมาสู่คุณภาพในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุสามารถลดอันตรายจากการผูกมัด และลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลได้

ทัศนคติของพยาบาลจะมีผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพในการให้การพยาบาล การเข้าใจทัศนคติจะทำให้พยากรณ์พฤติกรรมของบุคคลได้ ถ้าพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้พึงพอใจในการทำงาน ยินดีช่วยเหลือผู้สูงอายุและทำให้การพยาบาลผู้สูงอายุมีคุณภาพ (ลำไยมุสิกคามะ, 2538) และจากการศึกษาของพิบูลพรรณ มหาศิริพรรณ (2538) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐต่อผู้ป่วยสูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าพยาบาลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำและมีความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างรีบร้อน ไม่มีเวลาพูดกับผู้ป่วย กระด้าง ไม่มีการตอบสนองแม้เมื่อขอเรื่อง ไม่มีความอดทนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุและให้การดูแลร่วมกับผู้ป่วยเป็นวัตถุ (Treharne, 1990 อ้างใน สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์, 2535)

จากการศึกษาของ Lee et al. (1999) พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาของ Blakeslee et al. (1991) พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เชื่อว่าการผูกมัดก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นและสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกัน
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งมีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษาระหว่างปี 2558-2559 โดยทั่วไปในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่รู้สึกรำคาญหรือ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของแผนกผู้ป่วยในที่มีลักษณะดังกล่าว ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่งที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 800 เตียงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วชิรพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ตัวแปรที่ศึกษาคือ ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ** หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจในข้อเท็จจริงของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา จิต สังคมของผู้สูงอายุที่อาจส่งผลต่อการผูกมัด และความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดอันประกอบไปด้วย ชนิดของการผูกมัด เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ วิธีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่สภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัด สามารถวัดได้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Janelli et al. (1991)

2. **ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ** หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดและความโน้มเอียงของจิตใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในทางที่เห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดี ก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงอายุ และในทางที่เห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งไม่ดี ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ สามารถวัดได้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Hardin et al. (1994) และ Scherer et al. (1993)

3. **การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ใด ๆ ผูกมัดร่างกายผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายหยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราว โดยมีการดำเนินการเกี่ยวกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ 3 ขั้นตอนตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ

3.1 **การปฏิบัติก่อนการผูกมัด** หมายถึง การกระทำของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยสูงอายุก่อนที่จะได้รับการผูกมัด ได้แก่ การประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด การบอกกล่าวให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงเหตุผลในการผูกมัด การเลือกตำแหน่งของการผูกมัดที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การเลือกใช้ชนิดและขนาดของอุปกรณ์ที่เหมาะสมต่อสภาพของผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด

3.2 **การปฏิบัติขณะถูกผูกมัด** หมายถึง การกระทำของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยสูงอายุนับตั้งแต่เริ่มถูกผูกมัดจนกระทั่งถึงก่อนปลดปล่อยจากการผูกมัด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ วิธีการผูกมัดที่ถูกต้อง การประเมินสภาพร่างกายบริเวณที่ถูกผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง การคลายการผูกมัดและเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การประเมินความสุขสบายและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่ถูกผูกมัด

3.3 **การปฏิบัติภายหลังการผูกมัด** หมายถึง การกระทำของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยสูงอายุภายหลังได้รับการปลดปล่อยจากการผูกมัด ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

และจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ สามารถวัดได้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Scherer et al. (1993)

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจากการรับรู้และการให้ความหมายโดยพยาบาล วิชาชีพ เช่น ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ ลักษณะของหอผู้ป่วย แสง เสียง อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านองค์กร ได้แก่ อัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นโยบายด้านการฝึกอบรม รายได้และปัจจัยด้านผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ระดับการรับรู้ สภาวะร่างกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเพื่อทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัด
3. เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป
4. เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังนี้

1. การสูงอายุ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
2. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ
 - 2.1 การป้องกันอุบัติเหตุ
 - 2.2 การส่งเสริมการนอนหลับ
 - 2.3 การป้องกันภาวะสับสน
 - 2.4 การป้องกันการติดเชื้อ
 - 2.5 การฟื้นฟูสภาพ
3. ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
 - 3.1 ความรู้: ความหมาย
 - 3.2 ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด
 - 3.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา
 - 3.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม
 - 3.3 การผูกมัด: ความหมาย
 - 3.4 เหตุผลของการผูกมัด
 - 3.5 ประเภทของการผูกมัด
 - 3.6 ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุ
 - 3.6.1 ด้านร่างกาย
 - 3.6.2 ด้านจิตใจ
4. ทักษะคิดต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 ทักษะคิดของพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่อาจส่งผลต่อการผูกมัด
 - 4.3 ทักษะคิดของพยาบาลต่อการผูกมัด

5. การปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
 - 5.1 การปฏิบัติก่อนการผูกมัด
 - 5.2 การปฏิบัติขณะผูกมัด
 - 5.3 การปฏิบัติภายหลังการผูกมัด
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การสูงอายุ

1.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

ชุกติมา หฤทัย (2531: 1) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการและโรคภัยของแต่ละบุคคล

บรรลุ ศิริพานิช (2536) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากล ในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

ประนอม โอทกานนท์ (2538: 1) กล่าวว่า การสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น ความเสื่อมตามธรรมชาติจะเกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความเสื่อมหรือความถดถอยที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมที่ปรากฏในสังคม

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้ชราานั้น ควรพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้านคือ ด้านชีวภาพ จิตและสังคม เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใดคือผู้ชราก็คือ เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดี ปรับตัวดีก็ยังไม่แก่ (Yurick et al., 1980 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ, 2533: 4)

โดยสรุปแล้วผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยถือเกณฑ์บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่หากบุคคลนั้นยังมีความสามารถในการทำหน้าที่ก็อาจถือได้ว่ายังไม่เป็นผู้สูงอายุ

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของมนุษย์ที่เกิดขึ้นมี 2 ระยะคือ ระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะไปในทางเจริญงอกงาม ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 คือ หลังจากอายุ 40 ปี ขึ้นไป จะเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมโทรม โดยอัตราการเจริญเติบโตจะลดลง อัตราการเสื่อมโทรมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีสูงอายุ ดังนี้ (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2536: 35 – 60; ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 9 – 18; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 603 – 608)

ทฤษฎีทางชีววิทยา(Biological Theory)

อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ แบ่งเป็น 3 ทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ประกอบด้วย

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) อธิบายว่าสิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอดเวลา

ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่า อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืนยาว บุตรหลานก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน

ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ เกิดการผันแปรของเซลล์อวัยวะและระบบต่าง ๆ

ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่าความแก่เกิดจากนิวเคลียสมีการถ่ายทอดดีเอ็นเอที่ผิดไปจากเซลล์ปกติ ทำให้ได้เซลล์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

2. ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) อธิบายกระบวนการแก่ว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานก็ย่อมมีการเสื่อมถอย และได้เสนอเป็นกลุ่มทฤษฎี ดังนี้

ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) อธิบายว่าการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่อเซลล์มีการใช้งานเป็นเวลานานก็จะมีอาการเสื่อมถอย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้น

ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) อธิบายว่าระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้

เป็นปกติ เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อจะลดลงส่งผลต่อระบบต่างๆของร่างกายทำให้การทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) อธิบายว่าระบบภูมิคุ้มกันจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่ออายุมากขึ้น และมีการสูญเสียการควบคุมระหว่างร่างกายและเซลล์ มีผลทำให้เกิดโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันทำลายตนเองและมีเซลล์ผิดปกติ เช่น เซลล์มะเร็งเกิดขึ้น

3. ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) อธิบายกระบวนการแก้ไขในลักษณะการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ได้แก่

ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) อธิบายว่าเมื่อคนเราอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะปรับตัวเพื่อให้ร่างกายสามารถมีชีวิตอยู่ได้ แต่หากร่างกายต้องเผชิญกับภาวะเครียดมาก ๆ และบ่อยครั้ง ร่างกายจะเสื่อมและอาจตายได้

ทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) อธิบายว่าความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำ เรียกว่าไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน

ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) อธิบายว่าในร่างกายมีอนุมูลอิสระซึ่งมีปฏิกิริยาไวมาก เมื่อทำปฏิกิริยาก็จะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะเป็นสาเหตุของความแก่ อนุมูลอิสระเกิดจากสารทั่ว ๆ ไป เช่น จากอาหาร รังสี มลภาวะของอากาศ การสูบบุหรี่ การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระทำได้โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ดี ลดมลภาวะของอากาศ และเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น อัตราการเจ็บป่วยลดลงและอายุขัยจะสูงขึ้น

ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) หรือทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) อธิบายว่า ความสูงอายุเกิดขึ้น เนื่องจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลโปรตีนทำให้เส้นใยคอลลาเจนหดสั้นเข้า การทำหน้าที่ของเซลล์เสื่อมลง สารที่ทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางพบได้ทั่วไปขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยาได้เชื่อมเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยโดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่ แบ่งเป็น 2 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีความฉลาดแปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุนั้นยังคงมีความสามารถในการเรียนรู้หากมีความสนใจค้นคว้าและพยายามเรียนรู้

2. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์มั่นคงก็จะมีผลต่อวัยที่สูงขึ้น มีความรอบคอบสุขุมตามไปด้วย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) อธิบายว่ากระบวนการของความสูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ถดถอยจากคนอื่นในสังคม มีความสุขความพอใจจากการได้รับอิสระจากกฎต่างๆของสังคม ทฤษฎีนี้ไม่ได้บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ที่ถดถอยหนี แต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม ถ้าสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางสังคมมีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพผู้สูงอายุแล้วจะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าจะถดถอย แต่การที่ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคมก็เนื่องมาจากต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุ บุตรแยกครอบครัว คู่สมรสเสียชีวิตหรือหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) อธิบายว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมเท่ากับคนวัยกลางคน จะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนสูงอายุจนเท่าที่จะทำได้ ลักษณะของสังคมจะต้องสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่าง ๆ มีความสนใจและเกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกัน การรักษาระดับของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) อธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบการทำกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวเองจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ คือ แรงจูงใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ และความยืดหยุ่น

4. ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะเวลาตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคนและระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุซึ่งควรได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 40 – 59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จดี จะรู้สึกพอใจในความมั่นคง ภาควิไมใจ แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะเงืองหงอย เบื่อ ขาดความกระตือรือร้น ระยะที่ 8 นับตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีความเจริญมั่นคงในชีวิต จะมี

การประเมินผลเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวตลอดเวลา แต่ถ้าทำงานไม่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมายและท้อถอย หมดหวัง

5. ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค (Robert Peck) ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) อยู่ในช่วงอายุ 55 – 75 ปีและวัยปลาย (old old) อยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพและจิตสังคม ซึ่งแบ่งออกได้ เป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ความรู้สึกของผู้สูงอายุขึ้นกับงานที่ทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่เมื่อเกษียณอายุแล้วความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไปโดยการหางานอื่นทำทดแทน เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์

ระยะที่ 2 ผู้สูงอายุควรยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายย่อมลดลงและชีวิตจะมีความสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้

ระยะที่ 3 ยอมรับว่าร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว

โดยสรุปแล้วการสูงอายุสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสูงอายุทั้งทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา เนื่องจากในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางเสื่อมลง การเข้าใจถึงทฤษฎีการสูงอายุจะทำให้มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

2. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจจะเสื่อมถอยลงตามลำดับอายุที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (อาภา ใจงาม, 2533) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่สำคัญ อันประกอบไปด้วย

2.1 การป้องกันอุบัติเหตุ

ในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 53 เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม พยาบาลวิชาชีพจึงควรระมัดระวังในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุลงจากเตียงหรือเดินโดยไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ และจากการศึกษาของ Lee และ Pash, 1983 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ, 2533 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะเกิดอุบัติเหตุหกล้มในเวลากลางคืน ขณะที่ผู้สูงอายุลุกจากเตียงเพื่อเข้าห้องน้ำ โดยสาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่มาจากการสะดุด เนื่องจากผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดเจน ลานสายตาแคบลง รีเฟล็กซ์ต่อการกระตุ้นผิดไปและช้าลง ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติในการทรงตัว จึงสะดุดหกล้มได้ง่าย ทำให้เกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ นอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้วการหกล้มยังอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ด้วยตนเองเนื่องจากกลัวต่อการหกล้ม ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ควรจัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอในห้องของผู้สูงอายุ ปรับเตียงให้อยู่ในระดับที่เมื่อผู้สูงอายุนั่งริมเตียงเท้าสามารถ วางราบบนพื้นได้ นอกจากนี้ควรจัดเสื้อผ้าให้เหมาะสมไม่หลวมหรือคับจนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้มได้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเอาใจใส่ที่เพียงพอ

2.2 การส่งเสริมการนอนหลับ

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ เวลานอนจะน้อยลงแต่ตื่นมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการกระตุ้นหรือการให้การพยาบาลผู้สูงอายุบ่อย ๆ ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้การพยาบาลอยู่ในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมในการนอนให้ผู้สูงอายุก็เป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลวิชาชีพควรจัดแสงให้เหมาะสมไม่มีมืด หรือสว่างเกินไป รวมทั้งควรจัดเสียงที่จะรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ รวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น ความเครียด ความเจ็บปวด อุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ความไม่สุขสบายต่าง ๆ และหากผู้สูงอายุนอนไม่หลับพยาบาลวิชาชีพควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับกับผู้สูงอายุ เนื่องจากยาจะไปกดการนอนในช่วง REM₅ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ฝันร้าย หงุดหงิดและกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ แต่ควรใช้วิธีการส่งเสริมการนอนหลับให้แก่ผู้สูงอายุแทน เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

2.3 การป้องกันภาวะสับสน

ภาวะสับสนเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วย ความกลัว ความท้อแท้หมดหวังอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรม การต่อต้าน ทั้ง ๆ ที่บุคคลนั้นเคยเป็นคนสุภาพเรียบร้อยมาก่อน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะต้องช่วยเหลือดูแลไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายกับการที่ต้องนอนอยู่ในเตียงตลอด 24 ชั่วโมง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายुरับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล สนับสนุนให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างมาก นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพควรพยายามหลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยสูงอายุมากเกินไป เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุน้อย ๆ หรือการอยู่ในห้องที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสนมากขึ้น

2.4 การป้องกันการติดเชื้อ

ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) สูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าถึง 2 เท่า (Gray – Vickrey, 1987 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ, 2533) การติดเชื้อที่พบบ่อย คือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งบางครั้งอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกายของผู้สูงอายุไม่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนทางอาการไข้ หรืออาการหนาวสั่น เพราะอุณหภูมิปกติของร่างกายผู้สูงอายุต่ำกว่าคนอายุน้อย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่มีอาการไข้แต่อาจแสดงอาการออกมาโดยการมีความดันโลหิตต่ำ หรือความคิดสับสนได้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงควรให้ความเอาใจใส่ต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายผู้ป่วยสูงอายุแม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม อีกทั้งควรให้การพยาบาลโดยยึดหลักการคำนึงถึงการเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อันจะก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้สูงอายุ

2.5 การฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การปรับฟื้นคืนสภาพของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างอิสระให้มากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ ตามอรรถภาพของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผลภาระของครอบครัว การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยสูงอายุควรมุ่งเน้นในเรื่องของความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ด้วยตนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living หรือ ADL) รวมไปถึงการพยาบาลเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง และแผลกดทับ เนื่องจากหากผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะดังกล่าวจะต้องใช้เวลายาวนานในการฟื้นฟูสภาพให้เหมือนเดิม ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนดังเดิมได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจึงควรมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ การป้องกันอุบัติเหตุ การส่งเสริมการนอนหลับ การป้องกันภาวะสับสน การป้องกันการติดเชื้อและการฟื้นฟูสภาพ เป็นหลักการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบบ่อยและก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุควรมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความปลอดภัยและสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุได้ดังเดิม

จากการศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การผูกมัดยังเป็นการปฏิบัติที่ขัดต่อหลักการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากมีรายงานว่า การผูกมัดทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุหกล้มมากกว่าการไม่ผูกมัด (Tirlawyn, 1986 อ้างถึงใน Blakeslee et al., 1991: 4) อีกทั้งยังส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสนและอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Roger and Bocchino, 1999) รวมไปถึงการทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เพิ่มภาวะพึ่งพิงภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Ramprogus, 1991: 45)

โดยสรุปแล้วการศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง

3. ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

3.1 ความรู้: ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ ดังต่อไปนี้

จินตนา ยูนิพันธ์ (2538) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความรู้ไว้ว่า คือข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้จักคิด พิจารณา ตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 16) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ การมองเห็น การได้ยิน

Bloom et al. (1975) กล่าวว่า ความรู้เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง หรือเนื้อหา ความรู้ ความคิด หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์

สรุปแล้วความรู้จึงหมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ที่เกิดขึ้นจากการสังเกต ประสบการณ์ การศึกษาค้นคว้า และมีการเก็บสะสมไว้สามารถจำได้และกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิดซึ่งจะเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

ลักษณะของพฤติกรรมด้านความรู้

1. ความรู้ความจำ เป็นความสามารถในการจำและระลึกได้รวมทั้งประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ เคยได้รับรู้มา ได้แก่
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ ความหมายของคำ เนื้อเรื่อง ข้อเท็จจริง
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน
 - 1.3 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง หลักการ
2. ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมายและขยายความ ทั้งรูปธรรม และนามธรรม แยกออกได้ 3 ลักษณะ คือ
 - 2.1 การแปลความ หมายถึง การจับใจความได้ถูกต้องตรงกับสิ่งที่ต้องการสื่อ ความหมาย
 - 2.2 การตีความ อธิบายความหมาย สรุปเรื่องราวรวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่
 - 2.3 การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือขอบเขตที่รู้ให้กว้างและลึก
3. การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำแนวคิดทฤษฎี ประสบการณ์ไปใช้ใน สถานการณ์จริง
4. การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็นส่วนประกอบย่อย เพื่อ หาความสัมพันธ์และหลักการ จำแนกได้ 3 ลักษณะดังนี้
 - 4.1 วิเคราะห์ส่วนประกอบ ซึ่งให้เห็นหน่วยย่อย ๆ ที่เป็นส่วนประกอบเพื่อหา คำตอบที่ถูกต้อง
 - 4.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของส่วนประกอบต่าง ๆ ตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เพื่อใช้เป็นหลักในการแก้ปัญหา
 - 4.3 การวิเคราะห์หลักการ เป็นความสามารถในการมองเห็นวิธีรวมองค์ประกอบ ต่าง ๆ เข้าเป็นระบบ

5. การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการนำส่วนประกอบย่อยมารวมเป็นเรื่องเดียวกัน
จำแนกได้ 3 ลักษณะคือ

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการพูด เขียนเพื่อสื่อความคิดความรู้สึกไปยัง
บุคคลอื่น

5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับ
ความต้องการของงานที่รับผิดชอบ

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการสร้างชุดของความสัมพันธ์ขึ้นเพื่ออธิบาย
สิ่งต่าง ๆ

6. การประเมินค่า เป็นการวินิจฉัยหรือตีความอย่างมีหลักเกณฑ์เพื่อตัดสินว่าอะไรดี ไม่ดี
จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะคือ

6.1 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายในเป็นการประเมินค่าความถูกต้องของวัสดุ
อุปกรณ์ ข้อความ เหตุการณ์

6.2 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายนอก โดยอาศัยอ้างอิงเกณฑ์ที่กำหนดไว้

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ที่เกิดขึ้นจากการสังเกต ประสบการณ์
การศึกษา ค้นคว้า และมีการเก็บสะสมไว้ สามารถจำได้ และกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิด ซึ่งเกิดการ
เปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป ดังนั้นการที่บุคคลจะแสดงออกในพฤติกรรมเรื่องใด อย่างไร จึงขึ้นอยู่กับ
ความรู้ของบุคคลในเรื่องนั้น ๆ ก่อน จึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมได้ถูกต้อง (สิริพร ตียพันธ์,
2543: 21)

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด

3.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา

เมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมโทรมมากขึ้นเรื่อย ๆ
คือ โดยการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากันและ
เป็นไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมี
จำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันมาสะสม
มากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง
ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีระวิ
ทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุที่เห็นเด่นชัด ได้แก่

1. ระบบผิวหนัง (Integumentary system) ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง ทำให้การหายของแผลช้า เส้นใยอีลาสตินลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีและฉีกขาดง่าย น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีจำนวน ขนาดและการทำงานลดลง ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ต่อมไขมันทำงานลดลง ทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย ผมและขนมีจำนวนลดลงและสีจางกลายเป็นสีเทาหรือขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

2. ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and special senses) เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้น้ำหนักและขนาดสมองลดลง มีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงเป็นเหตุให้ความไว ความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความจำเสื่อม จำเรื่องในอดีตได้มากกว่าปัจจุบัน ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลง ความเสื่อมถอยของระบบประสาททำให้สับสนขาดสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำและพูดซ้ำซาก ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

ตาและการมองเห็น ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี เลนส์ตาเสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตายาวขึ้น กลางคืนมองเห็นไม่ชัด ความสามารถในการเทียบสีลดลงทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยาก ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

หูและการได้ยิน มีอาการหูตึงมากขึ้น การได้ยินลดลง สาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ได้ยินเสียงต่ำมากกว่าเสียงสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะและเกิดอุบัติเหตุได้

การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีความเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulb) ในสมอง

การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงและส่วนที่เหลือฝ่อลีบ การรับรสนานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสเค็มและรสขม เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้นหรืออาจรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดอาการเบื่ออาหาร

3. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) จำนวนกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาในการหดตัวนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง อัตราการเสื่อมของกระดูกเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยมีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเนื่องจากฮอร์โมนกระดูกบางลง นอกจากนี้ยังพบว่ากระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมลง น้ำไขข้อลดลง กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันมากขึ้น เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบติดเชื้อได้ง่าย มีอาการปวดตามข้อ โดยข้อที่พบว่ามีอาการได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อกระดูกสันหลัง

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและสารไลโปโปรตีนมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้การเปิดปิดลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจและความไวของกล้ามเนื้อหัวใจต่อสิ่งเร้าลดลงผนังของหลอดเลือดหนาขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง มีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจและไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ง่าย

5. ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัดจึงใช้แต่กะบังลมช่วยในการหายใจ ทำให้หายใจลำบากโดยเฉพาะการหายใจออก เมื่อนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวกจึงต้องหายใจทางปาก จำนวนถุงลมลดลงและมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมและการซึมซับของเลือดและก๊าซผ่านถุงลม หลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนน้อยลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพการไหลลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย อาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง

6. ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) ความแข็งแรงของฟันลดลง เคลือบฟันบางลงแตกง่ายและมีสีคล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป การรับรสของลิ้นเสีย ปากและลิ้นแห้ง การรับกลิ่นลดลงเกิดอาการเบื่ออาหารมากขึ้น นอกจากนี้ น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง หลอดอาหาร เยื่อทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ตับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้น้อยลง ตับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง จึงเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารช้าลงทำให้เกิดท้องผูกและเกิดริดสีดวงทวารหนัก

7. ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary system) ขนาดของไต การทำงานของหน่วยไต ท่อไต และการกรองของไตลดลง ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงร้อยละ 53 และอัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 50 ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและแร่ธาตุต่าง ๆ ได้ ในวัยสูงอายุความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง หนูคของกระเพาะปัสสาวะไม่มีกำลังทำให้ปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น อาจขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและบ่อยครั้ง

8. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเป็นเบาหวานได้ง่าย

โดยสรุปแล้วจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของระบบต่าง ๆ อันได้แก่ ระบบผิวหนัง ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีลักษณะบางลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะอุณหภูมิในร่างกายสูงหรือต่ำได้ง่าย (hypo – hyperthermia) ซึ่งพบว่าเมื่ออุณหภูมิร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 32 – 35 องศาเซลเซียสหรือสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส จะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาท คือสับสน ระดับความรู้สึกลดลง ซึมเศร้า ประสาทหลอน และเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน (Barnes and Raskind, 1980) การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและประสาทสัมผัส ทำให้แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ตื่นง่ายขึ้น ฉุนเฉียวง่ายและหงุดหงิด การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อมีอาการปวดเรื้อรัง ซึ่ง Campbell และ Hughes (1996) กล่าวว่าความเจ็บปวดเฉียบพลัน และเรื้อรังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความสับสนเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตซึ่งพบว่า ยาลดความดันโลหิตหลายชนิด เช่น propranolol , methyl dopa อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อม (dementia) (Campbell and Hughes, 1996) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะหายใจลำบาก ปอดได้รับออกซิเจนลดลง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ซึ่งพบว่าอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) อีกทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัสต่าง ๆ จะทำให้เกิด neuropsychiatric ผู้สูงอายุจะมีอาการเชื่องซึม การรับรู้ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดอาการประสาทหลอน (Barnes and Raskind, 1980) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารและระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่และสมดุลต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งพบว่ามีผลต่อการทำงานของสมอง ระดับการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป (Foreman and Grabowski, 1992) จาก

การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุตามที่กล่าวมา จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ สับสนเฉียบพลัน มีอาการสับสน วุ่นวาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การถูกผูกมัด

3.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม

สภาวะทางจิตใจมีความเกี่ยวข้องกับสภาวะร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณ์และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้ ผู้สูงอายุมักมีความวิตกกังวล จิตใจหดหู่ ซึมเศร้า และหากไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาพแวดล้อมต่าง ๆ จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยบ่อย สุรกุล เจนอบรม (2534) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วย

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากคู่ชีวิต ญาติสนิทหรือเพื่อนต้องตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวในสังคมปัจจุบันมีลักษณะเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตน ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไร้มีความหมายในชีวิต

การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศเพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิ ทยาของร่างกายนับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากเหตุผล ทางสังคมวัฒนธรรมเห็นว่าเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอายุและสภาพร่างกายมีผลกระทบต่อถึงสภาพสังคม ดังนี้

การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในปัจจุบันลักษณะทางสังคมไทยเปลี่ยนไป คืออยู่กันแบบ ครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมบทบาทด้านหน้าที่การงานและครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม ที่เคยมี มีความรู้สึกไร้คุณค่า คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือภาระของสังคม

ความคับข้องใจทางสังคม การเกษียณอายุการทำงาน และการที่บุตรหลาน หรือสังคมให้ ผู้สูงอายุลดความรับผิดชอบในภาระหน้าที่ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก ทำให้ เกิดความรู้สึกลดน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิใช่ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่กลับ ทำให้ต้องการการยอมรับมากขึ้น

ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความรู้และความเข้าใจใน ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลข้างเคียงจากการดูแลรักษา (iatrogenic) น้อยที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงของโรค แตกต่างไปจากผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ อีกทั้งยังฟื้นตัวได้ช้ากว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) การให้ การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องเป็นไปอย่างรอบคอบ และต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจากการให้การรักษาหรือให้การพยาบาล ซึ่ง Ebersole และ Hess (1990) ได้กล่าวว่าใน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้นพยาบาลควรมีความรู้ด้านผู้สูงอายุ อันได้แก่ ความรู้ด้านสภาพร่างกายของ ผู้สูงอายุทั้งปกติและผิดปกติ ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และความรู้ ความชำนาญใน กระบวนการพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถช่วยลด ความรุนแรงและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้

3.3 การผูกมัด: ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของการผูกมัดไว้ ดังนี้

Quinn (1994: 12) กล่าวว่า การผูกมัดคือการใช้อุปกรณ์เพื่อจำกัดความเคลื่อนไหวทั้งหมด หรือบางส่วนของร่างกายเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บ

Stilwell, 1998 อ้างถึงใน Ebersole และ Hess (1994: 358) กล่าวว่า การผูกมัด คือการใช้ เครื่องมือ วัสดุ หรืออุปกรณ์ใด ๆ ผูกติดกับร่างกายผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะส่วนนั้น เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอุปกรณ์นั้นได้

Needhaw (1993: 66) กล่าวว่า การผูกมัด คือการใช้วัสดุ เครื่องมือผูกติดหรือแนบติดกับ ร่างกายผู้ป่วยไม่ให้อวัยวะส่วนนั้นเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระหรือทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Janelli, 1995: 87) ให้ความหมายของการผูกมัดว่า คือการควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างอิสระของร่างกาย ผู้ป่วยโดยอาจควบคุมทั้งหมดหรือบางส่วนเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บ

สรุปได้ว่าการผูกมัด หมายถึง การใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ใด ๆ ผูกมัดร่างกายผู้ป่วยเพื่อให้ส่วน หนึ่งส่วนใดของร่างกายหยุดการเคลื่อนไหว

จากการศึกษาการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในต่างประเทศ พบว่า การผูกมัดเป็นการให้การพยาบาลที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้งยังทำให้พยาบาลเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ดังนั้นในต่างประเทศจึงมีข้อกำหนดว่าก่อนการผูกมัดผู้ป่วย พยาบาลควรปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Lammon et al., 1995: 287)

1. บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่นำไปสู่การผูกมัด
2. บันทึกเวลาที่เริ่มต้นการผูกมัด
3. บันทึกประเภทของการผูกมัด
4. บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุหลังจากการถูกผูกมัด
5. บันทึกผลการประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด
6. บันทึกเวลาที่คลายการผูกมัด
7. บันทึกอาการตอบสนองของผู้ป่วยหลังจากการคลายการผูกมัด

จากขั้นตอนดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพจึงควรทราบถึงเหตุผลในการผูกมัด ประเภทของการผูกมัด ภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบจากการผูกมัด เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

3.4 เหตุผลของการผูกมัด

การศึกษาเหตุผลของการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุพบว่ามีเหตุผลในการผูกมัดทั้งจากตัวผู้ป่วยสูงอายุ และจากพยาบาลวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

Mion et al. (1994: 128) กล่าวว่าเหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ คือเพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากการหกล้ม เพื่อจำกัดพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากการเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมายและเพื่อจัดทำของผู้ป่วยในการรักษา

Ramprogus และ Gibson (1991: 46) กล่าวว่า เหตุผลของการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ คือเพื่อความปลอดภัยและป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บ เป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแล เป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ มีจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและกลัวต่อการถูกฟ้องร้องหากผู้ป่วยสูงอายุได้รับบาดเจ็บ

Marks (1992: 2204) กล่าวว่า เหตุผลที่พบบ่อยที่สุดที่พยาบาลวิชาชีพผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ คือเพื่อป้องกันอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา อันได้แก่สายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ สายให้อาหารทางสายยาง สายสวนปัสสาวะและท่อช่วยหายใจ

Dawkins (1998: 22) กล่าวว่า เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่พบบ่อย คือเพื่อการรักษา

เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากการเดินไปมา ป้องกันจากการตกเตียงและเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรง

Evans และ Strumpf (1990) กล่าวว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัด คือเพื่อป้องกันจากการหกล้มและการบาดเจ็บอื่น ๆ รวมทั้งสาเหตุจากจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอ

Jensen et al. (1998) กล่าวว่า เหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากต้องการจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสับสนจากการตกเตียง หลีกเลียงการถูกฟุ้งร้องและเนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ

โดยสรุปแล้วเหตุผลของการผูกมัด ประกอบด้วยเหตุผลจากตัวผู้ป่วยสูงอายุและจากพยาบาลวิชาชีพ เหตุผลจากตัวผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพื่อป้องกันพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุและเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา เหตุผลจากพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและเพื่อป้องกันจากการถูกฟุ้งร้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramprogus (1991: 45) ที่ใช้แบบสอบถามพยาบาล 55 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูงอายุ และพบว่าพยาบาลร้อยละ 97 ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา ร้อยละ 22 ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องมาจากจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอ และร้อยละ 19 ผูกมัดเนื่องจากกลัวต่อการถูกฟุ้งร้องหากผู้ป่วยสูงอายุได้รับอันตรายขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงควรทราบถึงประเภท และผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.5 ประเภทของการผูกมัด

ประเภทของการผูกมัด (Beverly and Lucile, 1982; Quinn, 1994) แบ่งได้หลายชนิดคือ
Belt restraint คือ การให้ผู้ป่วยนอนหงายใช้ผ้าหรือวัสดุที่มีความแข็งแรง มีความกว้าง
ประมาณ 6 นิ้ว พันรอบอกหรือบริเวณลำตัวแล้วใช้ปลายผ้าผูกติดกับเตียง



รูปที่ 1 Belt restraint

สถาบันนรีเวชบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Wrist and Ankle Restraints คือ การใช้ผ้าผูกข้อมือและ/หรือข้อเท้าของผู้ป่วย ผ้าที่ใช้ควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม และมีความกว้างประมาณ 3 นิ้ว การผูกมัดประเภทนี้มีหลายชนิด ได้แก่

- 1) Two Point Restraint เป็นการผูกมัดที่ใช้สายของผู้นวมสองส่วนคือ การผูกมือทั้งสองข้าง การผูกขาทั้งสองข้าง หรือการผูกมือและขาค้นตรงข้ามติดกับเตียง
- 2) Three Point Restraint เป็นการผูกมัดสามจุด ส่วนใหญ่มักเป็นการผูกมัดบริเวณข้อมือทั้งสองข้างและเข่าหนึ่งข้าง
- 3) Four Point Restraint เป็นการผูกมัดทั้งข้อมือและข้อเท้าของผู้ป่วยทั้งหมดติดกับเตียง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 2 Wrist and Ankle restraints

Vest restraint เป็นการผูกมัดผู้ป่วยให้นั่งติดกับเก้าอี้ หรือเตียง โดยให้ผู้ป่วยสวมเสื้อที่ ด้านข้างหรือด้านหน้าของเสื้อมีสายยาวสำหรับใช้ผูกยึดติดกับเก้าอี้หรือเตียง



รูปที่ 3 Vest restraint

Mitten restraint เป็นการใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายถุงมือห่อหุ้มมือผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ ข่วนหรือดึงอุปกรณ์ต่าง ๆ



รูปที่ 4 Mitten restraint

โดยสรุปแล้วการผูกมัดมีหลายประเภท จากการศึกษาของ Bryant และ Fernald (1997: 58) ที่ศึกษาประเภทของการผูกมัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าประเภทของการผูกมัดที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน คือการใช้ wrist restraints โดยพบร้อยละ 95 และสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มี

ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประเภทของการผูกมัดที่พบมากที่สุด คือการใช้ belt restraint โดยพบร้อยละ 84 รองลงมา คือการใช้ vest restraints ที่พบร้อยละ 41 ดังนั้นการเลือกประเภทของการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีรายงานว่า การผูกมัดด้วยวิธี wrist restraints อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิด brachial plexus nerve injury รวมทั้งการใช้ vest restraints ที่พบว่าอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน (Weick, 1992: 74)

3.6 ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

3.6.1 ด้านร่างกาย การผูกมัดมีผลต่อผู้ป่วยสูงอายุมากมายดังนี้

ระบบผิวหนัง พบว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุนานกว่า 4 วันจะก่อให้เกิดปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ผิวหนังถลอก (Mion et al., 1989) โดยบริเวณที่พบมาก คือบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ได้แก่ บริเวณก้นกบ สันเท้า ข้อศอก กระดูกสะบัก ท้ายทอย เขิงกราน และบริเวณไบหู บริเวณที่พบมากที่สุด คือ บริเวณก้นกบ และสันเท้าทั้งสองข้าง นอกจากนี้แล้วอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดผิวหนังถลอกและแผลกดทับขึ้น คือการที่ผู้ป่วยสูงอายุพยายามฝืนบางส่วนของร่างกายเพื่อให้อยู่ในท่าที่ต้องการ หรือการจับให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนในท่าที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดแรงดึงระหว่างชั้นผิวของผิวหนัง (shearing force) ทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้การไหลเวียนโลหิตในส่วนที่จะรับแรงกดลดลง และมีเลือดคั่งอยู่ใต้ผิวหนัง อันนำไปสู่ปัญหาการเกิดแผลกดทับที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า มีเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ถูกผูกมัด คือ

- 1) ภาวะการขาดสารอาหาร ความต้านทานของผิวหนังต่ำ ผิวหนังจะแตกปริ และเป็นแผลได้ง่ายเมื่อถูกแรงเสียดสี
- 2) ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักร่างกายมากกว่าปกติ ทำให้เกิดแรงกดเพิ่มมากยิ่งขึ้น
- 3) ร่างกายขาด วิตามินซี ซึ่งมีผลให้เส้นโลหิตฝอยเปราะฉีกขาดได้ง่าย
- 4) ร่างกายขาดความสมดุลของการสังเคราะห์โปรตีน (negative nitrogen balance) เป็นผลให้ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมเซลล์ผิวหนัง และเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายได้

5) ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักร่างกายน้อยหรือผอม เมื่อได้รับแรงกดเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่าย เพราะไม่มีเนื้อเยื่อไขมันระหว่างชั้นผิวหนังกับกระดูกที่จะช่วยรับ หรือเฉลี่ยแรงกดบนผิวหนังส่วนนั้น

6) เหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ผิวหนังแห้งหลุดลอกได้ง่ายเมื่อเกิดการเสียดสี (friction) เช่น ภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ (dehydration) และภาวะที่ผิวหนังมีความชื้นเนื่องจากการนอนแช่ ปัสสาวะ อุจจาระ จากเหงื่อ หรือ ความชื้นจากสาเหตุอื่น ๆ ทำให้ผิวหนังอ่อนนุ่ม เปียกเป็นแผลได้ง่ายลักษณะของแผลกดทับ อาจมีลักษณะเป็นแผลตื้น หรือแผลลึกก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงกด และหรือ แรงดึงระหว่างชั้นผิวหนัง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดเป็นสำคัญ

ระบบกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก ผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัดแม้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ 1 – 2 วัน แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจดูแลที่ถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดปัญหา และหรือความพิการ ลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มีแรง ไม่อยากเคลื่อนไหว อ่อนเปลี้ย บางครั้งมีอาการวิงเวียน และมึนศีรษะ หน้ามืด เมื่อให้ลุกนั่ง หรือมีอาการโงงเงน การทรงตัวไม่ดี เมื่อให้เปลี่ยนอิริยาบถ ที่เป็นเช่นนี้เพราะกล้ามเนื้อขาดความตึงตัว หรือมีการหดตัวน้อยลง รวมทั้งการไหลเวียนของโลหิตในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีน้อยหรือช้าลง

2. มีอาการปวดหลัง อาจเป็นผลจากการนอนในท่าที่ไม่ถูกต้อง กระดูกสันหลังไม่อยู่ในแนวตรง (poor alignment)

3. ข้อติดแข็ง (contracture) ปัญหานี้เกิดขึ้นได้กับข้อทุกข้อที่ไม่ได้เคลื่อนไหว ข้อติดแข็งที่พบบ่อย คือ ข้อเข่า ข้อไหล่ ข้อศอก ทั้งนี้เป็นเพราะมีการหดตัวอย่างมากของใยกล้ามเนื้อมัดที่ช่วยดึงข้อให้งอพับ ในระยะเริ่มต้น เมื่อเหยียดข้อออกไปแล้วปล่อย ข้อนั้นจะงอพับเข้าหาตัว (spasticity) โดยไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรง หากถูกดึงข้อให้กางออก รวมทั้งเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ข้อ จะเปลี่ยนแปลงไป คือ มีลักษณะทึบ และแข็งตัว ทำให้ข้อติดแข็ง เกิดเป็นความพิการระยะยาว

4. กล้ามเนื้ออ่อนตัวและลีบ (muscle weakness and atrophy) ลักษณะที่สังเกตได้ชัดคือ กล้ามเนื้อขาดความตึงตัว และขาดความแข็งแรง อาจเกิดขึ้นได้หลังจากถูกผูกมัดเพียง 1 – 2 วัน หากปล่อยไว้ขนาดของกล้ามเนื้อจะเล็กลงและลีบได้ในที่สุด

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นเวลายาวนานเกินความจำเป็นจะส่งผลกระทบต่อ การทำงานของหัวใจ และเส้นโลหิต ดังต่อไปนี้

1. หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อที่จะรักษาความสมดุลระหว่างปริมาณโลหิตที่ไหลกลับหัว

ใจ และปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอธิบายได้ว่าในระยะแรกของการถูกผูกมัด อัตราการไหลเวียนของโลหิตจะลดลง ซึ่งการทำงานลดลงนี้มิได้เป็นอยู่ตลอดไป โดยเฉพาะ ในกรณีที่ถูกผูกมัดเป็นเวลานานเกินความจำเป็น โลหิตจะไหลกลับสู่หัวใจข้าง หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น

2. โลหิตจับตัวเป็นก้อนเล็กที่ผนังภายในเส้นโลหิต (thombus) ก้อนเลือดดังกล่าวอาจหลุดไปตามกระแสโลหิตไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น สมอง ปอด ทำให้ก่อวิยะส่วนนั้น ๆ ขาดอาหารและออกซิเจน

ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัดเป็นเวลานาน การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำได้ไม่เต็มที่ ทำให้ขาดการกระตุ้นที่จะหายใจเข้าออกอย่างแรงและลึกซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ดังต่อไปนี้ คือ

1. การขยายตัวของทรวงอก (chest expansion) มีขีดจำกัด เพราะกล้ามเนื้อทรวงอกหน้าท้อง และกระบังลม หดตัวได้น้อยลง อากาศเข้าสู่ปอดน้อยลง ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้การรับและถ่ายเทอากาศระหว่างปอด และอากาศภายนอกลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะความเป็นกรดและด่างของเลือด เกิดความไม่สมดุลกัน เซลล์และเนื้อเยื่อจึงอยู่ในภาวะพร่องออกซิเจนได้

2. มีการสะสมของน้ำเมือกเหนียวภายในหลอดลม และหรือ ถุงลมภายในปอด ทำให้เกิดปัญหาปอดแฟบ (atelectasis) เนื่องจากหลอดลมปอดถูกอุดกั้น และมีการติดเชื้อมีในปอด เพราะมีน้ำเมือกเป็นปัจจัยส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรียได้เป็นอย่างดี

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระ เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัด โดยอุจจาระจะมีลักษณะ เป็นก้อนแข็งหากปล่อยให้ผู้ป่วยมีอุจจาระผูกเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ต่อเนื่องกัน ปริมาณอุจจาระที่ค้างค้างจะเพิ่มมากขึ้น จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ มีไข้ต่ำ ๆ ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ท้องอืด โดยสาเหตุเกิดจาก

1. กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับกลไกการขับถ่ายอุจจาระอ่อนแรง ขาดความตึงตัว เพราะไม่ได้ใช้งาน หรือออกกำลัง การหดตัวจึงไม่มีพลังพอ ร่วมกับแรงดันภายในช่องท้องไม่เพียงพอ จึงไม่มีแรงเสริมให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นไปตามปกติ

2. การรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำน้อยลง จึงเป็นผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่มีน้อยลง และไม่รุนแรงพอที่จะผลักดัน ให้อุจจาระเคลื่อนลงสู่ทวารหนักได้ตามปกติ

การถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยสูงอายุจะไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกปวดและต้องการปัสสาวะบ่อย กระเพาะปัสสาวะตึง เนื่องจากมีปัสสาวะอยู่เต็ม แต่ไม่ปวดถ่าย มีการติดเชื้อมีขึ้นกับระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงมีการจับตัวของแคลเซียมและแปรสภาพเป็นก้อนนิ่วในไต และหรือในกระเพาะปัสสาวะได้ในที่สุด โดยมีสาเหตุดังนี้ คือ

1. กระเพาะปัสสาวะสูญเสียน้ำที่ เนื่องจากกล้ามเนื้อของผนังของกระเพาะปัสสาวะ หย่อนตัว ซึ่งอาจจะพบได้ในกรณีที่ผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยหรือร่างกายอยู่ในสภาวะขาดน้ำอย่างมาก หรือผู้ป่วยที่มีสายยางสวนคา (retained catheter) อยู่เป็นเวลาดำเนินการ

2. ปัสสาวะคั่งในไต กรวยไต พร้อมกับมีการติดเชื้อเกิดขึ้นกับระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ต้องนอนทำเดียนาน ๆ จะถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะคั่งค้าง และขัง อยู่ในส่วนต่าง ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาที่ตามมา คือ ปัสสาวะตกตะกอน หรือมีการเกาะตัวกันของ แคลเซียม ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการถูกดึงมาจากกระดูก เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ต่อเนื่องกัน

ระบบประสาท พบว่าการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วของการส่งสัญญาณและการตอบสนองต่อ ปฏิกริยาลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง และเกิดการบาดเจ็บที่ Brachial plexus nerve

ระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้แคลเซียมในเลือดสูง เนื่องจากการสลายแคลเซียมจากกระดูกเพิ่ม มากขึ้น แต่ความสามารถในการดูดซึมแคลเซียมลดลง ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง การสร้าง ฮอร์โมนพาราไธรอยด์เพิ่มขึ้น เกิดสมดุลของไนโตรเจนเป็นลบ

ด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด แม้จะเป็นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งก็ตาม ย่อมเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มี ความสุข กระวนกระวายใจ หรือเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรตามที่ตนต้องการ ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดคือ เกิดความเครียด ความซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล ซึ่ง ภาวะจิตใจดังที่กล่าวมานี้ โดยปกติแล้วเป็นภาวะที่มีอยู่หรือที่เกิดขึ้นกับคนทุก ๆ คน ใน ชีวิตประจำวันแต่จะมีระดับมากน้อยและมีการแสดงออกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึก ประสพการณ์และการยอมรับที่มีต่อการถูกผูกมัดของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคน โดยตัวแปรที่อาจส่งผล ต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัด คือ

1. การเริ่มต้นผูกมัด เป็นการจำกัดความเคลื่อนไหวโดยทันที หรือไม่ได้เป็นสิ่งที่คาดหวัง มาก่อน จึงเป็นการยากที่จะยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ความรู้สึกและการแสดงออกของ ผู้ป่วยอาจจะรุนแรง หรือในทางตรงข้าม อาจมีอาการซึมเศร้าอย่างมาก

2. สาเหตุ หรือความจำเป็นที่ต้องผูกมัด กล่าวคือ สาเหตุของการผูกมัดสามารถอธิบายให้ ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจได้อย่างชัดเจนหรือไม่ ผู้ป่วยรับรู้ หรือยอมรับเหตุผลดังกล่าวหรือไม่ เพราะการ

ไม่รู้ หรือไม่เข้าใจสาเหตุ อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความกังวลใจ รู้สึกสับสน เกิดความทุกข์ใจ และความคับข้องใจตามมา

3. ผลกระทบจากการถูกจำกัดความเคลื่อนไหว โดยเฉพาะที่ต้องอยู่ในสภาพเช่นนั้นเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าของตนลดน้อยลง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการผูกมัดส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

ดังนั้นในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ความรู้ด้านการผูกมัดจึงมีความสำคัญและจากการศึกษาความรู้ด้านการผูกมัดของ Strumpf et al. (1992) พบว่าการมีความรู้ด้านการผูกมัดที่ถูกต้องจะส่งผลต่อการปฏิบัติในการผูกมัด โดยความรู้นั้นจะต้องประกอบไปด้วยความเข้าใจในเหตุผลของการผูกมัดและผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ Sundel et al. (1994) ได้กล่าวว่า ความรู้ด้านการผูกมัดของพยาบาลวิชาชีพ ควรประกอบด้วย การรับรู้และเข้าใจถึงผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ วิธีการผูกมัดที่ถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระหว่างการถูกผูกมัด และการฟื้นฟูสภาพภายหลังจากการถูกผูกมัด Janelli et al. (1991) กล่าวว่า การปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง พยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยสูงอายุในระหว่างการผูกมัดและต้องทราบว่าควรดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างไรในระหว่างการถูกผูกมัด

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความรู้ด้านการผูกมัดจึงหมายถึง การรับรู้ และเข้าใจในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ การสูงอายุที่ส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับการผูกมัด ประเภทของการผูกมัด เหตุผลของการผูกมัด ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

4. ทักษะต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

4.1 ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของทักษะไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ (2540) กล่าวว่า ทักษณคดีเป็นความโน้มเอียงของจิตใจในทางที่ ชอบ เห็นด้วย สนับสนุน หรือไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ไม่สนับสนุนต่อการกระทำหรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีลักษณะเป็นตัวแปรเชิงสมมุติ เป็นนามธรรมหรือมโนทัศน์ อย่างหนึ่งที่ส่งผลสะท้อนมาสู่ พฤติกรรมของบุคคล

ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2534) กล่าวถึงทักษณคดีว่า เป็นเรื่องของความชอบ ความไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อฝังใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นพฤติกรรมภายนอกที่อาจ สังเกตได้ หรือพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยง่าย แต่มีความโน้มเอียงที่จะเป็น พฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก

ส่วนพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2533) กล่าวว่า ทักษณคดีเป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ ความชอบ หรือไม่ชอบ ความพอใจหรือไม่พอใจของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเป็น ตัวกำหนดแนวโน้มในการตอบสนองของบุคคล

นอกจากนี้ ศักดิ์ สุนทรเสณี (2531) ยังให้ความหมายว่าทักษณคดี เป็นพฤติกรรมการ เตรียมพร้อมของสมองในการที่จะกระทำซึ่งจะบ่งบอกถึงหน้าที่ของสภาวะจิตใจ หรือสภาพของ อารมณ์ที่สลับซับซ้อน ก่อนที่คนเราจะตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหา โดยส่วนใหญ่ แล้วจะขึ้นอยู่กับทักษณคดีที่จะคงไว้ซึ่งสิ่งที่ตนเองมีประสบการณ์มา เพื่อที่จะรักษาเจตนาที่ถูกต้องไว้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า ความถูกต้องหรือไม่ถูกต้องเป็นอย่างไร ตามระดับความเชื่อถือหรือ ระดับความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะเห็นได้ว่า ทักษณคดีเป็นนามธรรมที่เป็นพฤติกรรมภายในของ คนเรา

โดยสรุปแล้วทักษณคดี จึงหมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของจิตใจ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล

องค์ประกอบของทักษณคดี

โดยทั่วไป ทักษณคดีประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ เป็นการตอบสนองต่อบุคคลในลักษณะของการ รับรู้ อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อที่มีต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะ สรุปความและรวมเป็นความเชื่อหรือช่วยประเมินสิ่งนั้น
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า ต่างเป็นผลต่อเนื่องมาจากการที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้านั้นแล้วว่าพอใจ หรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ

องค์ประกอบทั้งสองด้านมีความสัมพันธ์กัน ทักษคติบางอย่างจะประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจมาก แต่ประกอบด้วยความรู้ลึกหรืออารมณ์น้อย แต่ทักษะคติบางอย่างก็มีลักษณะตรงกันข้าม

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความรู้ลึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินผลพฤติกรรมที่คิดจะแสดงออกมา

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทักษคติที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยแรงจูงใจ

บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยเทคนิคและวิธีการอันเหมาะสม

บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยการกระทำและการปฏิบัติจริง

บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยหลักการแห่งเหตุผล

ปัจจัยด้านทัศนคติจึงเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของหลายปัจจัย ทั้งจากภายในตัวบุคคล อันได้แก่ การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และจากภายนอกตัวบุคคล อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะเป็นบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ (คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535) นอกจากนี้ Alexander (1972) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานในการปฏิบัติงานว่าประกอบไปด้วย ลักษณะงานที่ทำ อารมณ์ รูปแบบของการบริหาร สิ่งอำนวยความสะดวก และคุณสมบัติส่วนตัวในด้านต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงาน ทัศนคติ ดังนั้นในการศึกษาการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ และต่อการผูกมัด เพื่อให้มีความเข้าใจในการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลดีขึ้น และจากการศึกษาของ Sundel et al. (1994) ที่พบว่าความรู้ ความเข้าใจในผลของการผูกมัดและทัศนคติของพยาบาลมีผลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาของ Evans และ Strumpf, 1990; Macpherson et al., 1990 ที่พบว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น การขาดความรู้ในการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อลดการผูกมัด ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการผูกมัด และพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด และจากการศึกษาของ Lee et al. (1999) พบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ การศึกษาของ Bower และ McCullough (2000) ยังพบว่า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการผูกมัดมากที่สุดคือ พยาบาลขาดความรู้ในเรื่องผลกระทบจากการผูกมัด พยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา

4.2 ทักษะของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุที่อาจส่งผลต่อการผูกมัด

จากการศึกษาพบว่า ทักษะของพยาบาลจะมีผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพในการให้การพยาบาล การเข้าใจทักษะจะทำให้พยากรณ์พฤติกรรมของบุคคลได้ ถ้าพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้มีความพึงพอใจในการทำงาน ยินดีช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพ (ลำไย มุสิกคามะ, 2538) และจากการศึกษาของพิบูลพรรณ มหาศิริพรรณ (2538) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าพยาบาลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำและมีความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้น พยาบาลจึงให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างรีบร้อน ไม่มีเวลาพูดกับผู้ป่วย กระด้าง ไม่มีการตอบสนองแม้เมื่อขอเรื่อง ไม่มีความอดทนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุและให้การดูแลร่วมกับผู้ป่วยเป็นวัตถุ (Treharne, 1990 อ้างใน สุภรณ์ ลิ้มวิภาวณิช, 2535) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นงานที่น่าเบื่อหน่าย และขาดความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างวัยสูงอายุกับวัยอื่น ๆ จะส่งผลให้เกิดแนวโน้มในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลจะไม่สามารถอดทนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุได้ หากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสนหรืออ่อนไหวเกิดขึ้น

4.3 ทักษะของพยาบาลต่อการผูกมัด

จากการศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลโดย Evans และ Strumpf, (1989) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาลและปัจจัยจากตัวพยาบาล อันได้แก่ความรู้และทัศนคติ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยพบว่าบางครั้งพยาบาลอาจเกิดความรู้สึกขัดแย้งอยู่ภายในเมื่อต้องตัดสินใจระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วยกับความเป็นบุคคลและความต้องการอิสระของผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงปัญหาด้านกฎหมายและจริยธรรม ซึ่งมีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาพบว่า การผูกมัดทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมรุนแรงและเกิดอาการสับสนมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าอัตราการบาดเจ็บ การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมิได้ลดลงภายหลังจากการผูกมัด (Hardin et al., 1994) แต่พยาบาลส่วนใหญ่ก็ยังคงใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่น เมื่อเกิดอาการสับสน

จากการศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของ Hardin et al. (1994) พบว่าพยาบาลร้อยละ 58 ตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุโดยได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าและผู้ร่วมงาน โดยหัวหน้าและผู้ร่วมงานสนับสนุนให้ผูกมัดผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดก่อให้เกิดผลดีทั้งแก่ตัวผู้ป่วยสูงอายุและต่อพยาบาล โดยในด้านผู้ป่วยสูงอายุพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดสามารถป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีอาการสับสน หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถป้องกันการหกล้มและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ด้านผลดีต่อพยาบาลคือ มีความเชื่อว่าการผูกมัดผู้ป่วยทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการให้การพยาบาล อีกทั้งยังทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานด้วยความสบายใจ เนื่องจากลดโอกาสเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจากญาติของผู้ป่วย ดังนั้นถึงแม้ว่าบางครั้งพยาบาลอาจทราบถึงผลกระทบจากการผูกมัดจะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุกี่ก็ตาม แต่พยาบาลก็ยังคงเชื่อว่าการผูกมัดก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าผลเสีย

Scherer et al. (1993) ศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ 235 คนโดยการใช้แบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด 5 คน ได้แบบสอบถามการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย 14 ข้อประกอบไปด้วย การปฏิบัติก่อนการผูกมัด และวิธีการผูกมัด แบบวัดทัศนคติต่อการผูกมัด 10 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 93 จะตรวจเช็กผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงขณะที่ถูกผูกมัดและให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร้อยละ 17 ผูกมัดผู้ป่วยเมื่อจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ผลการศึกษาด้านทัศนคติพบว่าพยาบาลร้อยละ 70 มีทัศนคติในทางบวกต่อการผูกมัด กล่าวคือเห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในทางปฏิบัติ โดยก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยมากกว่าผลเสียแต่พยาบาลต้องมีวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง และพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมีทัศนคติปานกลางต่อการผูกมัด คือ ร้อยละ 53 เห็นด้วยกับการใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นบางครั้งเพื่อควบคุมพฤติกรรม และมีความเชื่อว่าสามารถใช้วิธีการอื่น ๆ เพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุแทนการผูกมัดได้ เช่น การให้ยานอนหลับ ดังนั้นจึงพบอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤติมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป

นอกจากนี้ Evans และ Strumpf (1989) ยังกล่าวว่าวัฒนธรรมมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัด ดังจะเห็นได้จากในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุถึงร้อยละ 41 ในขณะที่สก็อตแลนด์พบอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเพียงร้อยละ 4 (Weick, 1992: 75) ดังนั้นความรู้จึงอาจไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแต่มีปัจจัยด้านทัศนคติ มุมมอง ความเชื่อที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม วัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อการผูกมัด นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวถึง

ทัศนคติของพยาบาลต่อการการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังเช่น Stone et al. (1999) ที่กล่าวว่า ทัศนคติ ความเชื่อ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาล สามารถส่งผลถึงระดับความรุนแรง และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การพยาบาลได้ ดังนั้นในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการผูกมัดจึงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความไม่เมื่อยของจิตใจไปในทางเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับการผูกมัด

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกมากมายที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยและพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกหรือเห็นด้วยกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยเชื่อว่าการผูกมัดไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของ Lee et al. (1999) พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใดๆแก่ผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาของ Blakeslee et al. (1991) พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเชื่อว่าการผูกมัดก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นและสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้

โดยสรุปแล้วทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ อาจเป็นผลมาจากความรู้ วัฒนธรรม มุมมอง ทัศนคติและความเชื่อซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 ด้านคือ ทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งที่ดีเยี่ยมต่อผู้ป่วยสูงอายุหรือมีความเชื่อว่าการผูกมัดก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย เช่น สามารถช่วยป้องกันอุบัติเหตุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความปลอดภัย และทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งที่ไม่ดีอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยสูงอายุหรือมีความเชื่อว่าการผูกมัดก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย เช่นอาจเกิดผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งในศาสตร์ทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ถือว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้สูงอายุ (abuse) เป็นอย่างมากเนื่องจากก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และทำให้เกิดภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นภายหลังผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

5. การปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ (Beverly and Lucile,1982; Cole,1991; Elkin et al.,2000; Hellwig,2000; Lammon et al.,1995; Winston et al.,1999; Weick et al.,1986)

สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด และภายหลังการผูกมัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 การปฏิบัติก่อนการผูกมัด

เป็นขั้นตอนก่อนที่พยาบาลวิชาชีพจะให้การพยาบาลโดยวิธีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมวุ่นวาย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงควรมีการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

5.1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยสูงอายุ และนำมาพิจารณาถึงความจำเป็นในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

5.1.2 ประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะวุ่นวาย เช่น เกิดจากภาวะสมองเสื่อม ภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีสาเหตุมาจากการใช้ยา การถูกระงับจากสิ่งแวดล้อม การรบกวนการนอนหลับ ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น เพื่อวางแผนในการให้การพยาบาล แก่ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดในระหว่างการผูกมัด ทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะถูกผูกมัดลดลง

5.1.3 ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ โดยการประเมินการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ก่อนการผูกมัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาเลือกประเภทของการผูกมัดที่เหมาะสมและใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากการผูกมัด

5.1.4 เลือกประเภทของการผูกมัดที่เหมาะสมกับปัญหาและสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น หากผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของระบบทางเดินหายใจ พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการผูกมัดด้วยวิธีการใช้ vest restraint หรือ belt restraint เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการผูกมัดด้วยวิธีนี้จะทำให้กระบังลมขยายตัวได้ไม่เต็มที่และมีรายงานว่า การผูกมัดด้วยวิธีดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตจากภาวะร่างกายขาดออกซิเจน (asphyxia) และถูกรัดจนเกิดความผิดปกติในการไหลเวียนโลหิต (strangulation) (Blakeslee et al., 1991: 4)

5.1.5 วางแผนกำหนดระยะเวลาของการผูกมัดที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ

5.1.6 จดบันทึกประเภทของการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทุกครั้งก่อนการผูกมัด

5.1.7 จดบันทึกเหตุผลในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทุกครั้งก่อนการผูกมัด

5.1.8 อธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลความโกรธ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการถูกผูกมัด

5.1.9 เลือกชนิดของอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย กล่าวคือ ควรใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะอ่อนนุ่มในการผูกมัดผู้ป่วย เพราะหากอุปกรณ์ที่ใช้มีความแข็งกระด้างอาจทำให้เกิดการระคายเคืองและผิวหนังถลอกได้ง่าย

5.1.10 เลือกขนาดของอุปกรณ์ที่ใช้ กล่าวคือควรเลือกขนาดที่เหมาะสมกับร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากถ้าอุปกรณ์มีขนาดเล็กเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกไม่สะดวกสบาย และทำให้อวัยวะส่วนนั้นเกิดความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต

5.1.11 อุปกรณ์ที่เลือกใช้ในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุต้องคำนึงถึงความสะดวกเป็นสำคัญ เพื่อป้องกันการติดเชื้อมากเกินไป หากผิวหนังผู้ป่วยสูงอายุเกิดแผลเปิด

5.1.12 ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณที่จะผูกมัด เพื่อให้ทราบลักษณะของผิวหนังและการไหลเวียนโลหิตของอวัยวะส่วนนั้น

5.1.13 ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

5.1.14 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการถูกผูกมัด

5.1.15 ประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลในการให้พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในระหว่างถูกผูกมัด และฟื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังการผูกมัด

5.1.16 ล้างมือให้สะอาดก่อนการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทุกครั้ง เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อและลดการติดเชื้อมากเกินไป

5.2 การปฏิบัติขณะผูกมัด

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังปฏิบัติในการผูกมัดที่ไม่ถูกต้อง ขาดความเหมาะสมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.2.1 ตรวจสอบความดันโลหิต จำนวนครั้งและลักษณะการเต้นของชีพจร จำนวนครั้งและลักษณะของการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ทุก 30 – 60 นาที ตลอดเวลาที่มีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

5.2.2 การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุต้องไม่ผูกปมให้แน่นเกินไป การผูกควรสามารถคลายได้อย่างรวดเร็วหากมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน

5.2.3 การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทุกครั้ง ปลายผ้าควรผูกยึดติดกับเตียง ไม่ควรผูกกับไม้กั้นเตียง เพราะจะทำให้ผ้าสามารถเลื่อนไปมาได้

5.2.4 การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุต้องไม่ผูกแน่นหรือหลวมเกินไป สามารถตรวจเช็คได้โดยการใช้นิ้วชี้ นิ้วชี้และนิ้วกลางสอดใต้ผ้าก่อนการผูกมัด เนื่องจากหากผูกแน่นเกินไปจะ

จัดขบวนการไหลเวียนเลือดบริเวณอวัยวะส่วนที่ถูกผูกมัด และหากผูกหลวมเกินไปจะทำอวัยวะส่วนที่ถูกผูกมัดเคลื่อนไหวเสียดสีกับอุปกรณ์ซึ่งอาจทำให้เกิดผิวหนังถลอกได้

5.2.5 หากผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีการผูกข้อมือ ควรใช้ผ้าก๊อศที่มีความกว้าง 2 – 3 นิ้ว ยาว 3 - 4 ฟุต พันรอบข้อมือของผู้ป่วยก่อนที่จะใช้ผ้าผูกมัด เพื่อลดการระคายเคืองและลดแรงกดทับผิวหนัง

5.2.6 หากผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีการผูกข้อมือ ควรหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหงาย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดการสำลัก (aspiration) อาหารหรือน้ำเข้าปอด หากมีการอาเจียนเกิดขึ้น

5.2.7 ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยสูงอายุทุก 2 ชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์และทำการแก้ไขทันที

5.2.8 ตรวจสอบการไหลเวียนโลหิตบริเวณส่วนปลายของอวัยวะที่ถูกผูกมัดทุก 15 – 30 นาที โดยการประเมินสีผิว อุณหภูมิของผิวหนัง ซีพจร ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความรู้สึกของอวัยวะส่วนนั้น ถ้ามีสิ่งหนึ่งสิ่งใดผิดปกติควรรีบคลายการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทันที

5.2.9 หากต้องการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุโดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการตกเตียง ควรผูกมัดผู้ป่วยในลักษณะตรงข้ามกัน เช่น ผูกแขนซ้ายและขาขวา

5.2.10 คลายการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทุก 2 ชั่วโมงในเวลากลางวัน และทุก 4 ชั่วโมงในเวลากลางคืน อย่างน้อยครั้งละ 15 – 20 นาที เพื่อให้อวัยวะส่วนที่ถูกผูกมัดได้มีการเคลื่อนไหว ป้องกันการเกิดกดล้าเนื้อลิบและข้อติดแข็ง

5.2.11 เอาไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ถูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไว้กับเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

5.2.12 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เปลี่ยนท่าการนอน (turn position) อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

5.2.13 ประเมินความสุขสบายและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ โดยการพูดคุยสอบถามความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ และดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

5.2.14 ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุ โดยจัดให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในลักษณะท่านอนที่ถูกต้อง หลังเหยียดตรง (good alignment) เพื่อป้องกันอาการปวดหลัง

5.2.15 นวดผิวหนังบริเวณที่มีการผูกมัดด้วยโลชั่น เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต

5.2.16 หลีกเลี่ยงการแยก (isolate) ให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่คนเดียว และควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุบ่อย ๆ เช่น บอกให้ผู้ป่วยสูงอายุนำถึงวัน เวลา และสถานที่ เพื่อมิให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

5.2.17 ประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ การทำงานของระบบต่าง ๆ เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายอันเนื่องมาจากการถูกผูกมัด ซึ่งจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

5.2.18 ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นระยะ ๆ เพื่อลดความโกรธ ความวิตกกังวล ความเครียดที่จะเกิดขึ้นจากการถูกผูกมัด ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากการถูกผูกมัด

5.3 การปฏิบัติภายหลังการผูกมัด

ภายหลังจากการถูกผูกมัด ผู้ป่วยสูงอายุอาจได้รับผลกระทบจากการถูกผูกมัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถออกจากโรงพยาบาลโดยได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด และผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามความสามารถที่ควรจะเป็นของผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

5.3.1 ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ ตรวจสอบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกผูกมัดเพื่อนำไปวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป

5.3.2 ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พูดระบายความรู้สึกละถูกผูกมัด

5.3.3 ให้การประคับประคองด้านจิตใจเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ อธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องผูกมัด

5.3.4 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการผูกมัด

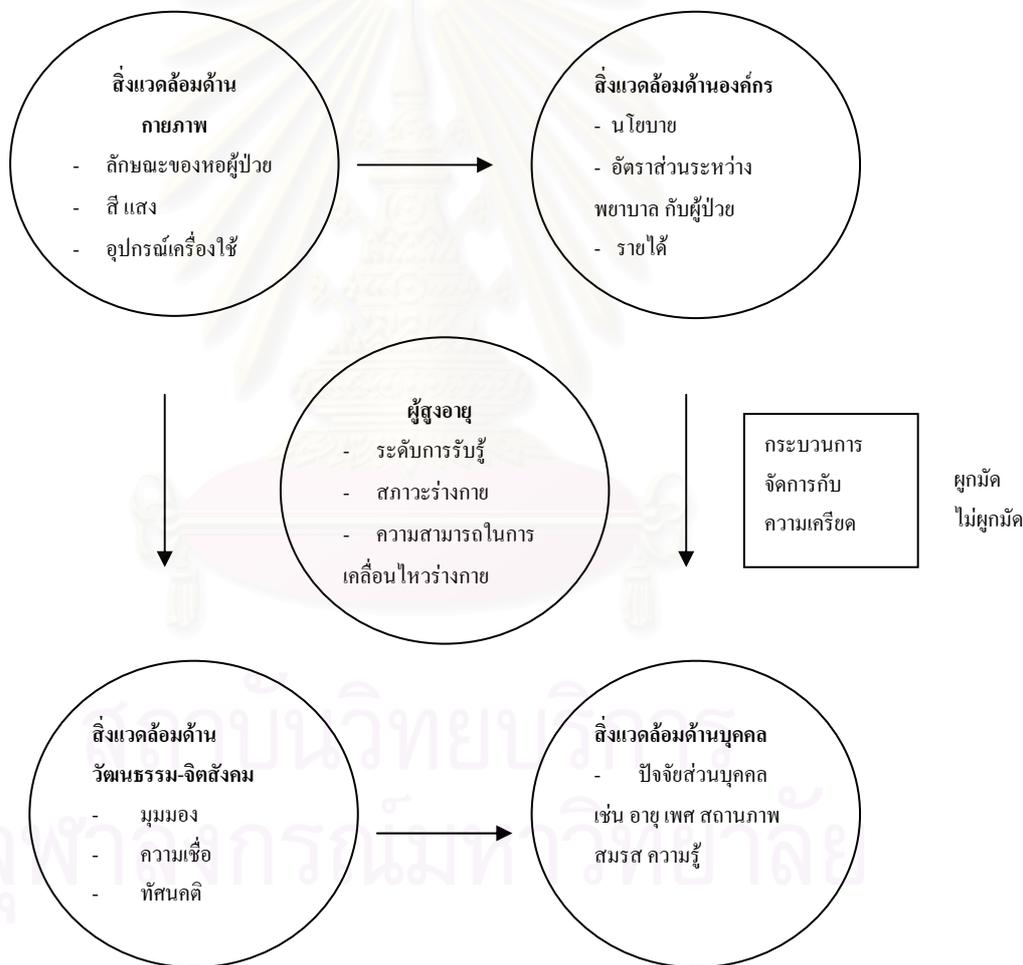
5.3.5 เปรียบเทียบความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัดและภายหลังการผูกมัด เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล ฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม

5.3.6 ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายภายหลังจากการผูกมัด หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตให้แก่อวัยวะส่วนที่ถูกผูกมัด และฟื้นฟูการทำงานของอวัยวะส่วนนั้น

โดยสรุปแล้วการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพควรปฏิบัติอย่างถูกต้องทั้ง 3 ขั้นตอนทั้งในระยะก่อน ขณะและภายหลังการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จึงจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผูกมัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่ปลอดภัยมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

Kayser – Jones (1992) ได้เสนอกรอบแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้



รูปที่ 5 กรอบแนวคิดการผูกมัด

ที่มา Kayser-Jones, J. Culture Environment and Restraints: Conceptual Model for Research and practice. Journal of Gerontological Nursing 18 (November 1992): 14

จากกรอบแนวคิดการผูกมัดของ Kayser – Jones (1992) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่นอกเหนือไปจากปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของพยาบาลแล้ว ยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ อีก ดังนี้

ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ

ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ ลักษณะของหอผู้ป่วย แสง สี อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ เนื่องจากในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นพยาบาลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานจะส่งผลต่อคุณภาพในการให้การพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (กฤษยา ตันติผลาชีวะ, 2539) ดังเช่นการศึกษาของ Janelli et al. (1995) ที่ทำการศึกษาโดยใช้วิธี focus group พยาบาล 12 คน ที่มีประสบการณ์ในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ และพบว่าสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาล มีผลต่อการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ กล่าวคือ ลักษณะของหอผู้ป่วยควรจัดให้พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยสูงอายุได้ตลอดเวลา ระยะทางระหว่างเคาน์เตอร์พยาบาลจนถึงเตียงผู้ป่วยมีความเหมาะสม ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการมีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เพียงพอ และเหมาะสม เหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุลดลง

ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านองค์กร

สิ่งแวดล้อมด้านองค์กร เป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังเช่นที่ Sullivan – Marx (1996) ได้กล่าวว่า การที่พยาบาลผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ นั้นมาจากความกลัวต่อการถูกฟ้องร้อง และสาเหตุจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่เป็นประจำโดยถือเป็นสิ่งปกติ (routine) นอกจากนี้ Quinn (1993) ได้ศึกษามุมมองต่อการปฏิบัติ ในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล 20 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม โดยวิธีการสัมภาษณ์ และพบว่าบ่อยครั้งที่พยาบาลผูกมัดผู้ป่วย เนื่องจากต้องการป้องกันการถูกฟ้องร้อง หากผู้ป่วยได้รับอันตรายขณะอยู่โรงพยาบาล แต่สำหรับในประเทศไทย การถูกฟ้องร้อง ในกรณีดังกล่าวยังพบน้อย ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านองค์กร จึงพบว่าส่วนใหญ่น่าจะเกี่ยวข้องกับอัตราส่วนระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วย เนื่องจากในโรงพยาบาลของรัฐ มีผู้เข้ารับบริการ

เป็นจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนจำนวนบุคลากร ซึ่งพบว่าพยาบาล 1 คน ต้องดูแลผู้ป่วยถึง 1,073 คน (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, 2542: 158) และจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการศึกษาของ ฉัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ (2544) ที่สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ 8 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง และพบว่ามี การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่เป็นประจำในโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่งจนเกิดการผูกมัดผู้ป่วยขึ้น อีกทั้งเพื่อลดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุดึงสายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้พยาบาลต้องเสียเวลาในการให้การพยาบาล อีกทั้งยังก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยสูงอายุเอง

ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ

จากกรอบแนวคิดการผูกมัดของ Kayser – Jones (1992) พบว่า ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยสูงอายุ ที่อาจก่อให้เกิดการผูกมัด ได้แก่ ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย สภาพร่างกาย และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากวัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมโทรมมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลาย ๆ โรค (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 65) โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษามักมีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน และภาวะสมองเสื่อมร่วมกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (ศรีจิตรา บุนนาค, 2532: 252 อ้างถึงในประไพ น้อยจ้อย, 2540; Middleton et al., 1999: 28)

จากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อสภาพร่างกายและการรับรู้ของผู้สูงอายุ อาจทำให้ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีการรับรู้ต่อบุคคล เวลาและสถานที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสับสน หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุมักจะแสดงออก คือภาวะวุ่นวาย (Agitation) หรืออาจมีพฤติกรรมเดินไปมาโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย (Wandering) ซึ่งจะส่งผลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bower และ McCullough (2000) ที่พบว่าในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน สาเหตุที่ทำให้พยาบาลตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด เกิดจากไม่สามารถอดทนต่อพฤติกรรมวุ่นวายของผู้ป่วยสูงอายุได้

ดังนั้นการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดในตัวผู้ป่วยสูงอายุที่ก่อให้เกิดการผูกมัด

ภาวะวุ่นวาย (Agitation)

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะวุ่นวายไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

Allen (1999: 37) ให้ความหมายของภาวะวุ่นวายว่า คือการแสดงออกถึงความก้าวร้าวทั้งทางกายและทางคำพูด โดยทางคำพูดจะแสดงออกถึงความคับข้องใจ ความฉุนเฉียว และความหวาดกลัว ส่วนทางกายจะแสดงออกโดยการหยิก การตบ หรือถ่มน้ำลาย

Gerdner และ Buckwalter (1994: 11) กล่าวถึงภาวะวุ่นวายว่า คือพฤติกรรมที่ไม่มี ความหมาย แต่บางครั้งจะสัมพันธ์กับความรู้สึกเครียดภายในบุคคล อารมณ์ฉุนเฉียว และการต่อต้าน

Thomas (1988: 45) กล่าวว่า ภาวะวุ่นวายคือการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางคำพูด เสียงร้อง หรือการกระทำ ซึ่งไม่สามารถอธิบายถึงความต้องการได้และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะรบกวนผู้ดูแลมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

Barnes และ Reskind (1980: 111) ให้ความหมายว่า คือการแสดงออกของพฤติกรรมที่ หลากหลายซึ่งสัมพันธ์กับความเครียดภายในบุคคล อารมณ์ฉุนเฉียว และความไม่เป็นมิตร

จากความหมายของภาวะวุ่นวายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะวุ่นวายหมายถึงพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสมทั้งทางคำพูด เสียงร้องและการกระทำ ซึ่งไม่สามารถอธิบายถึงความ ต้องการได้ โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวุ่นวายมีมากมาย ดังเช่นการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

Allen (1999) ได้ทำการศึกษาถึงวิธีการรักษาภาวะวุ่นวายโดยไม่ใช้ยา และได้กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวุ่นวาย คือความเครียด การเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ นอกจากนี้ความไม่สุขสบายทางกาย ความผิดปกติในการสื่อสาร การถูก แยกจากสิ่งแวดล้อมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป เช่น แสงหรือเสียงที่มาก เกินไป การได้ยิน หรือการมองเห็นลดลง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะวุ่นวาย

Roper et al. (1991) ศึกษาพบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อยว่า ทำให้เกิด ภาวะวุ่นวาย โดยพบประมาณร้อยละ 35 – 55

Struble และ Sivertsen (1987) ศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวุ่นวายในผู้สูงอายุมี มากมาย ทั้งจากปัญหาทางกายและทางจิต เช่น พิษจากยา การขาดยา Organic brain syndrome และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอีกมากมายที่จะส่งผล

ให้เกิดการพัฒนากลายเป็นภาวะวุ่นวาย เช่น การรับรู้ลดลง ความไม่สุขสบายกาย การถูกแยกจากสิ่งแวดล้อมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป

Billings และ Cohen – Mansfield (1986) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมวุ่นวายในผู้สูงอายุและพบว่าปัจจัยมากมายที่ทำให้เกิดภาวะวุ่นวาย เช่น ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า ความวิตกกังวล การรบกวนการนอนหลับ การได้รับยาบางชนิด ความผิดปกติของการเผาผลาญ ความผิดปกติทางระบบประสาท และภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะวุ่นวายสามารถแบ่งกลุ่มตามอาการได้ 4 กลุ่ม คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) ได้แก่ ทบตีตนเองหรือผู้อื่น ทำลายหรือขว้างปาสิ่งของ ผลัก ข่วน
2. พฤติกรรมที่ไม่ก้าวร้าว (Physical nonaggressive behavior) ได้แก่ กระสับกระส่าย การเดินไปมา
3. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (Verbally aggressive behavior) ได้แก่ พุดก้าวร้าว กรีดร้อง
4. พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางคำพูด (Verbally nonaggressive behavior) ได้แก่ พุดบ่น พุดซ้ำหลาย ๆ ครั้งหรือถามคำถามซ้ำ ๆ

จากภาวะวุ่นวายที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพบว่าแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพมักจัดการต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะวุ่นวายเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีอาการนอนไม่หลับ จะได้รับการแก้ไขด้วยการให้ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดอาการสับสนหรือวุ่นวายมากขึ้นในคืนต่อมา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540: 112) และเมื่อเกิดอาการสับสนพยาบาลวิชาชีพก็มักจะผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากอาการสับสนหรือวุ่นวาย ดังนั้นจึงพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุอยู่เป็นประจำในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุมาจากภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium หรือ Acute confusional state) หรือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) (Sullivan – Marx., 2001; Winston et al., 1999; Strumpf et al., 1990 cited in Lee et al., 1999; Lofgren et al., 1989; Frengley and Mion, 1986)

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium หรือ Acute confusional state)

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะหรือกลุ่มอาการที่ได้รับการเรียกชื่อต่าง ๆ กันไป เช่น delirium, acute confusional state, acute psychoorganic syndrome, acute organic reaction, acute organic syndrome, acute brain failure เป็นต้น เป็นภาวะที่พบบ่อยหลังจากอายุ 40 ปีขึ้นไป พบอัตราการเกิดภาวะนี้ในผู้สูงอายุร้อยละ 15 – 30 และเป็นสาเหตุใหญ่อันดับสองที่ทำให้เกิดภาวะวุ่นวาย (Carl, 1987) ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลร้อยละ 80 โดยพบว่าภาวะนี้มักเกิดขึ้นในวันที่ 2 และ 3 ของการอยู่ในโรงพยาบาล (Foreman and Zane, 1996; Foreman and Grabowski, 1992) ดังนั้นภาวะสับสนเฉียบพลันจึงเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยสูงอายุ และมีผู้ให้นิยามของภาวะสับสนเฉียบพลันไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

Lipowski อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) กล่าวว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันแต่ชั่วคราว อันเนื่องมาจากความบกพร่องของหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (Global cognitive impairment) โดยเกิดจากความผิดปกติของเมตะบอลิซึมของสมอง

Campbell et al. (1996) กล่าวว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ซึ่งประกอบไปด้วยการคิด การพูด ความเข้าใจและการจำ

Foreman และ Zane (1996) กล่าวว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่ระดับการรู้สึกตัวและการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในความจำ ประสาทหลอน ตื่นตัวมากผิดปกติ

สรุปแล้วภาวะสับสนเฉียบพลันจึงหมายถึง ภาวะที่มีระดับการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจและการพูด ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ

ภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถแบ่งได้ 3 ประเภทคือ

1. Cognitive restricted มักมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

2. Physiologic instability อาการจะเปลี่ยนแปลงขึ้นลง เกิดจากสาเหตุทางพยาธิสภาพ เช่น ภาวะขาดออกซิเจน

3. Metabolic instability สาเหตุมักเกิดจากการทำหน้าที่ของไต ตับลดลงหรือจากการได้รับยาหลายชนิด

สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและการได้รับยาหลายชนิด ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความผิดปกติในการรับรู้ หรือมีพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญของการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังเช่น โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องมาจากกระบวนการชราทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงของต่อมธัยมัส ทำให้การสร้างแอนติบอดีลดลง ส่งผลให้ Natural killer cells มีจำนวนลดลงด้วย จึงทำให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในวัยชราเพิ่มมากขึ้นและจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งผลจากการใช้ยาต้านมะเร็งหรือเคมีบำบัด จะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ผู้ป่วยสูงอายุจึงเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัสต่าง ๆ ได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Neuropsychiatric ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเชื่องซึม การรับรู้และความจำลดลง เกิดอาการประสาทหลอนและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดความวิตกกังวลจากโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ทำให้หงุดหงิด ขุนเจียวง่าย มีอาการรุนแรงและอาจส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุ

โรคเบาหวาน คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Blood Sugar) สูงมากกว่า 140 mg/dl เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 – 75 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 18 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 เมื่ออายุมากกว่า 80 ปี และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป นอกจากภาวะสมองเสื่อมที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมแล้ว การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) หรือภาวะ Hyper – Hypoosmolar เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ อาจทำให้ระดับการรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการสับสนมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอาการสับสน (Confusion) ได้ง่าย (Fordyce, 1999)

โรคความดันโลหิตสูง คือภาวะที่มีค่า Systolic pressure สูงกว่า 140 mmHg และ Diastolic pressure สูงกว่า 90 mmHg มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 5 ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี (Maas and Specht, 2001) โดยมีสาเหตุมาจากการลดการตอบสนองต่อ betaadrenergic receptor ทำให้การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบลดลงรวมทั้งสาเหตุจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Glomerular filtration rate และ Creatinine clearance ส่งผลให้มีการคั่งของโซเดียมเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้

ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาเพื่อลดความดันโลหิต และผลจากการใช้ยาลดความดันโลหิต ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยสูงอายุจึงเกิดอาการสับสน หรือหน้ามืดเป็นลม (Syncope) โรคหัวใจ จากอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะเส้นเลือดตีบซึ่งเป็นภาวะที่พบได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบบ่อยคือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 30 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี โดยพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับยาหลายชนิดในการรักษา และพบว่าผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจจะก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะวุ่นวายได้ จากโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่กล่าวมาจึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เติงนอนและที่นอนที่เปลี่ยนไปจากเดิม ต้องนอนในห้องรวมที่มีเสียงรบกวนบ่อย ๆ กฎระเบียบและระบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความรู้สึกและสภาวะจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเครียดและเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 178) นอกจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมแล้วการได้รับยาหลายชนิด เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลาย ๆ โรค ยังเป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือเกิดอาการสับสน วุ่นวายได้

การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง Pharmacodynamics และ Pharmacokinetics จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยาสูงขึ้น เนื่องมาจากปริมาณการกระจายของยาในร่างกายลดลง (Volume of distribution) ทำให้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยานานขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุโภชนาการรุนแรงจะพบระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ทำให้ระดับยาที่ไม่ได้จับกับอัลบูมินและเป็นส่วนที่ออกฤทธิ์มีความเข้มข้นมากเกินไปจึงก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้ นอกจากนี้ทางด้าน Pharmacokinetics พบว่าในผู้สูงอายุประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ทำให้การขับถ่ายยาออกจากร่างกายลดลง เกิดการสะสมของยาในร่างกายมากขึ้น โดยยาที่พบบ่อยคือ ยาในกลุ่ม Antihypertensive agent, Antiparkinsonism, Corticosteroids, Antidepressants, Tranquilizers, Digitalis, Diuretics, Insulin ซึ่งยาเหล่านี้จะส่งผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไปโดยพบว่าปัญหาที่พบบ่อยคือ ส่งผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ปวดศีรษะหรือเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้มีปัญหาในการนอนหลับ และทำให้เกิด Neuropsychiatric disorders คือ เกิดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล วุ่นวาย สับสนเฉียบพลัน มองเห็นภาพหลอน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

อาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่จะมีประวัติเป็นมาในระยะเวลาสั้น ส่วนมากจะมีอาการมาน้อยกว่า 2 สัปดาห์ โดยมีลักษณะสำคัญคือการรู้สึกตัวที่ผิดปกติ (Disturbance of consciousness) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้สึกตัวลดลง แต่อาจมีจำนวนหนึ่งที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติหรือมากกว่าปกติ ผู้สูงอายุมักจะมีอาการสับสน โดยเฉพาะเรื่องเวลาและสถานที่ อาการสับสนด้านบุคคลจะปรากฏช้าที่สุด อาการสำคัญที่เป็นหัวใจของการวินิจฉัยคือความตั้งใจ (Attention) และสมาธิ (Concentration) โดยพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถตั้งสมาธิกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้เช่นคนปกติ และมีความผิดปกติโดยเฉพาะความจำระยะสั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหลง (Delusion) หรือประสาทหลอน (Hallucination) แต่บางรายอาจมีลักษณะเงิบและไม่วุ่นวาย บางรายอาจอะอะโวยวาย ก้าวร้าวหรือมีลักษณะวุ่นวายอยู่ตลอด ผู้สูงอายุอาจมีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น อาการกังวล หรือหวาดระแวง มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของการนอนหลับ เช่น นอนหลับในเวลากลางวันแต่ตื่นและสับสนในเวลากลางคืน โดยที่อาการผิดปกติเหล่านี้มักจะเลวลงหรือเห็นได้ชัดเจนในเวลากลางคืนหรือตอนเย็นหลัง 16.00น. จึงเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ว่า Sundown syndrome

จากภาวะความเจ็บป่วยที่กล่าวมาจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดอาการสับสน วุ่นวาย และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วภาวะสมองเสื่อมเป็นอีกภาวะหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญรองลงมาที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะวุ่นวาย (Roper et al., 1991)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

มีผู้กล่าวถึงภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่าน เช่น

Kovach และ Wilson (1999) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ลดลงเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยสาเหตุเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสันและอื่นๆ

Campbell (1996) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมคือภาวะที่ความสามารถในการรับรู้ลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการควบคุมอารมณ์

วรรณนิภา บุญระยอง (2541) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่เกิดขึ้นอยู่ทั่ว

บริเวณ อาการหรือพฤติกรรมเด่นของผู้สูงอายุที่ประสภาวะนี้คือความบกพร่องของความจำระยะสั้นและระยะยาว

วารสาร วังศ์กุลพิศาล (2539) กล่าวว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียหรือบกพร่องของความจำระยะสั้นและความจำระยะยาวร่วมกับความบกพร่องของสติปัญญาส่วนใดส่วนหนึ่งรวมถึงความคิด การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล ความเข้าใจ การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ ภาษาและการตัดสินใจ

โดยสรุปแล้วภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะเรื้อรังที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมและการรับรู้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ลดลงอย่างถาวร มีผลต่อความทรงจำ การแก้ไขปัญหา การควบคุมอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของกลุ่มอาการสมองเสื่อมมีมากมายสามารถแบ่งเป็นสาเหตุจากความผิดปกติภายในเนื้อสมอง (สาเหตุปฐมภูมิ) และสาเหตุจากภายนอกเนื้อสมอง (สาเหตุทุติยภูมิ) สาเหตุปฐมภูมิที่พบบ่อยที่สุด คือโรคอัลไซเมอร์ ส่วนสาเหตุทุติยภูมิที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดผิดปกติ การติดเชื้อ การได้รับสารพิษและยา

อาการของภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1. ความหลงลืม ผู้สูงอายุอาจจะแสดงพฤติกรรมของความหลงลืมบ่อย ๆ มีปัญหาในเรื่องของความจำซึ่งอาจสับสนในด้านเวลาเช้า – บ่าย สับสนในสถานที่
2. ปัญหาทางการติดต่อสื่อสาร ผู้สูงอายุจะเริ่มมีปัญหาในการนึกคิดคำที่ต้องการพูด รวมถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ
3. มีพฤติกรรมรุนแรง เกิดขึ้นเนื่องจากความกดดันจากสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม คือวุ่นวาย วิตกกังวล หรือถอยหนี
4. เกิดภาวะซึมเศร้า ความสามารถในด้านต่าง ๆ เริ่มลดน้อยถอยลง มีอาการซึมหม่อม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ บ่นอยากตาย ท้อแท้หรือแสดงสีหน้าวิตกกังวลอยู่เสมอ และผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธความช่วยเหลือต่าง ๆ
5. อาการหลงผิด ผู้สูงอายุจะเกิดอาการหลงผิดจากความกลัวการสูญเสีย และความรู้สึกว่าถูกระงับจากผู้ที่อยู่รอบข้าง เช่น การระแวงคู่สมรส ไม่ไว้ใจเพื่อนบ้าน การหลงผิดคิดว่าคนอื่นจะทำร้าย ซึ่งสิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังคงมีความปลอดภัย ไว้วางใจได้อยู่ ได้แก่ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ และการดูแลจากคนใกล้ชิดคุ้นเคย

6. เกิดปัญหาในการนอนและประสาทหลอน ผู้สูงอายุจะเริ่มมีปัญหาในการนอนมากขึ้น อาจตื่นขึ้นมากกลางดึกเพราะอาการประสาทหลอน หรือความรู้สึกกลัวว่าจะถูกทำร้าย ซึ่งจะทำให้ยากต่อการนอนต่อไป จนถึงมีอาการสับสนระหว่างกลางวันและกลางคืน ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปไม่ยอมหลับในตอนกลางคืน แต่กลับมาหลับเพราะความเหนื่อยอ่อนในตอนกลางวันแทน

โดยสรุปแล้วสามารถแบ่งพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ 3 พฤติกรรมคือ 1) พฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การถามคำถาม การเดินไปมา 2) พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น พุดสบถ ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น 3) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น กรีดร้อง ถอดเสื้อผ้า นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจมีอาการกระสับกระส่าย วุ่นวายหรือมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Mion et al. (1989) ที่ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัดและไม่ถูกผูกมัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกผูกมัดมีความบกพร่องในการรับรู้ โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีพฤติกรรมวุ่นวายหรือสับสน เช่นเดียวกับที่ Liukkonen และ Laitinen (1993: 1083) กล่าวว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสับสน หรือมีพฤติกรรมรุนแรงจะเสี่ยงต่อการถูกผูกมัด เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถอดทนต่อพฤติกรรมสับสน หรือวุ่นวายของผู้ป่วยสูงอายุได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้ารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศมีรายละเอียดดังนี้

วัลลภา เขยบัวแก้ว (2532) ศึกษาการวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 103 คน พบว่าการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่มีความเหมาะสมต่ำร้อยละ 79.61 โดยมีความเหมาะสมต่ำในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

Macpherson et al. (1990) ศึกษาเหตุผล ชนิดของการผูกมัด ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด โดยการใช้แบบสอบถามถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด คือ เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากการตกเตียง และเพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากการดิ่งอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา ชนิดของการผูกมัด พบว่า Posey vest restraints พบมากที่สุดร้อยละ 61 อันดับสองคือ Wrist-ankle restraints และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดมากที่สุด คือช่วงเวลายืน ตั้งแต่ เวลา 16.00 – 24.00 น.

Lee et al. (1999) ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ พยาบาล 20 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม พบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุและไม่ก่อให้เกิดผลที่ไม่ต้องการใด ๆ

Matthiesen et al. (1996) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าด้านความรู้ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 56 ไม่ทราบถึงอันตรายหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผูกมัด และร้อยละ 36 ไม่ทราบว่าผลการผูกมัดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุถึงแก่ชีวิตได้ ด้านทัศนคติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนด้านการปฏิบัติในการผูกมัดพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุได้ถูกต้องในขณะที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด และมีพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 36 ที่ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นประจำ (routine) เมื่อมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ

Janelli et al. (1995) ศึกษาประสบการณ์การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล โดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการหกล้ม และจะทำการผูกมัดผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการสับสนหรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าลักษณะของผู้ป่วย อันได้แก่ โรค อายุและระดับของการรับรู้ รวมทั้งลักษณะของหอผู้ป่วยมีผลต่อการตัดสินใจ

Liukkonen และ Laitinen (1994) ศึกษาเหตุผลของการผูกมัดและการเปลี่ยนแปลงการผูกมัดของพยาบาล พบว่า เหตุผลของการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่พบมากที่สุด คือเพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากการทำร้ายตนเอง และเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงการผูกมัด พบว่าการจัดสิ่งแวดล้อม ความเข้าใจในเหตุผลของการผูกมัดและการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงการผูกมัด

Scherer et al. (1993) ศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการผูกมัด ส่วนด้านการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า พยาบาลร้อยละ 93 มีการตรวจเช็คบริเวณที่ถูกผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง ร้อยละ 92 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการผูกมัด ร้อยละ 17 พยาบาลผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และร้อยละ 38 ใช้วิธีการให้ยานอนหลับแก่ผู้ป่วยสูงอายุแทนการผูกมัด

Hardin et al. (1994) ศึกษาทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน nursing home ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีทัศนคติปานกลางต่อการผูกมัดผู้ป่วย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน เพศ กับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ และพยาบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการเพิ่มจำนวนบุคลากรจะสามารถช่วยลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุได้

Janelli et al. (1995) ศึกษากระบวนการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าในการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลประกอบด้วย การตัดสินใจระหว่างความปลอดภัย กับการคำนึงถึงเกียรติ ความเป็นบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ประกอบด้วย ลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการรับรู้ อายุ โรคสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย วัฒนธรรมและทัศนคติของพยาบาล

Janelli et al. (1991) ศึกษาความรู้ในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน nursing home ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดอยู่ในระดับดี ส่วนด้านความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าประสบการณ์การทำงาน อายุของพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการผูกมัด

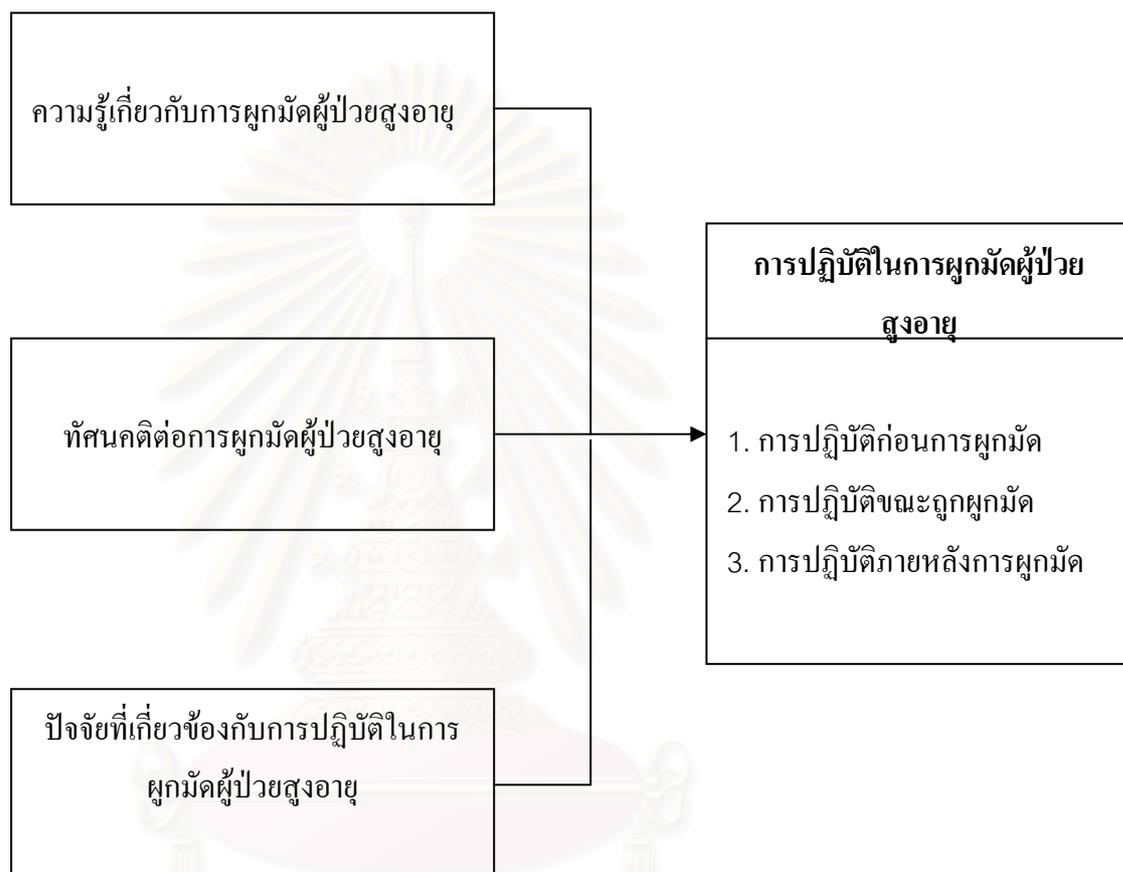
โดยสรุปแล้ว ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการสูงอายุ อันได้แก่การเปลี่ยนแปลงในทางสรีระวิทยาและจิตสังคม ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงการรับรู้แก่ผู้สูงอายุ รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทั้งก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัดและภายหลังการผูกมัด ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการผูกมัดที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากหากพยาบาลวิชาชีพมีข้อจำกัดในด้านความรู้ที่กล่าวมาแล้วประกอบกับทัศนคติ ความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถป้องกันอันตรายที่

อาจจะเกิดขึ้นแล้ว อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยมีปัจจัยที่สนับสนุนในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ อันได้แก่ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านองค์กร และด้านผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 6 โรงพยาบาล ได้แก่โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและวชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่จำกัดเพศ และอายุ
2. มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปีและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

โดยมีขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดรายชื่อโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมดที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 800 เตียงขึ้นไป แต่เนื่องจากในการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่สะดวกในการที่จะให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และตัดสินใจคงเหลือโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 5 โรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 การเลือกประชากรที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยไปติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขออนุญาตพบหัวหน้าหอ

ผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนักจากโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการคัดเลือกประชากร โดยระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่เป็นประชากรต้องมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปีและมีประสบการณ์ในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จากนั้นจึงขอรับทราบจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติดังกล่าวในแต่ละหอผู้ป่วยช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2545 ได้จำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัยรวมทั้งหมด 1,419 คน

ขั้นที่ 3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของโคคราน(Cochran)(บุญธรรมกิจปริดาบริสุทธิ, 2540) ที่ใช้ในการกำหนดขนาดที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง และการประมาณค่าจำแนกตามพารามิเตอร์ที่สนใจ ดังนี้

$$n = \frac{Nz^2}{4Ne^2 + z^2}$$

$$n = \frac{1419 \times 1.96^2}{(4)(1419)(.05)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = 302$$

n = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรเป้าหมาย

e = ขนาดสูงสุดของความเคลื่อนที่ที่ยอมรับได้ ในที่นี้เท่ากับ .05

z = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96

ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 302 คน (รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1) หลังจากนั้นจึงคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล โดยแบ่งตามสัดส่วนประชากรด้วยวิธีการเทียบบัญญัติไตรยางค์

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วยอายุรกรรม		หอผู้ป่วยศัลยกรรม		หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	
	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)
พระมงกุฎเกล้า	105	22	85	18	51	11
ราชวิถี	83	18	30	6	57	12
ศิริราช	121	26	94	20	75	16
รามธิบดี	188	40	175	37	85	18
วชิรพยาบาล	72	16	108	23	90	19
รวม	569	122	492	104	358	76

ขั้นที่ 4 เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยวิธีการ

4.1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในแต่ละหอผู้ป่วยโดยวิธีการนำรายชื่อมาจับสลากจนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ (รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 302)	ร้อยละ
อายุ		
20 – 25 ปี	109	36.1
26 – 30 ปี	83	27.5
31 – 35 ปี	38	12.6
36 – 40 ปี	36	11.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 302)	ร้อยละ
มากกว่า 40 ปี	36	11.9
เพศ	36	11.9
หญิง		
ชาย	301	99.7
ศาสนา	1	0.3
พุทธ		
คริสต์	292	96.7
อิสลาม	9	3.0
สถานภาพสมรส	1	0.3
โสด		
คู่	230	76.2
หย่า	67	22.2
ระดับการศึกษา	5	1.6
ปริญญาตรี		
ปริญญาโท	283	93.7
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน	19	6.3
อายุรกรรม		
ศัลยกรรม	122	40.4
หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	104	34.4
	76	25.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 ในการเก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีความหลากหลายจากพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับคะแนนความรู้ และทัศนคติแตกต่างกันโดยวิธีการคัดเลือกรายชื่อเรียงตามระดับคะแนน คือผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดสูงสุด 5 คน และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดต่ำสุด 5 คน รวมไปถึงผู้ที่มีทัศนคติ

ต่อการผูกมัดในทางที่เห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดี 5 คน และในทางที่เห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งไม่ดี 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านการสูงอายุและด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Janelli et al. (1991) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ความรู้ด้านการสูงอายุ	จำนวน	7	ข้อ
ชนิดของการผูกมัด	จำนวน	2	ข้อ
เหตุผลในการผูกมัด	จำนวน	5	ข้อ
วิธีการปฏิบัติในการผูกมัดที่ถูกต้อง	จำนวน	8	ข้อ
ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	7	ข้อ
สิทธิผู้ป่วย	จำนวน	1	ข้อ

มีขั้นตอนการสร้างแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดของ Janelli et al. (1991) Thomas et al. (1995) Hellwig(2000) Elbersole (1990) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามเพิ่มเติม

2. ศึกษาแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการผูกมัดผู้สูงอายุ (Knowledge About Physical Restraints) ของ Janelli et al. (1991) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาให้ครอบคลุมตามประเด็นที่กำหนดไว้

3. ทำการสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้น ตามกรอบแนวคิดโดยให้ครอบคลุมในทุกประเด็น

ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือกโดยมีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละคำถาม ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิดหรือไม่ตอบ	ให้	0	คะแนน

ประเมินระดับความรู้โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์และอุษาวดี จันทร์สนธิ, 2537) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

มากกว่าร้อยละ	80	ถือว่ามีความรู้สูง
ระหว่างร้อยละ	50-80	ถือว่ามีความรู้ปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ	50	ถือว่ามีความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาร่า เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Hardin et al. (1994) Scherer et al. (1993) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ดังนี้

ทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดี	จำนวน	10	ข้อ
ทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งไม่ดี	จำนวน	10	ข้อ

มีขั้นตอนการสร้างแบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุดังนี้

1. ศึกษาแบบวัดทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ (Restraint questionnaire for staff) ของ Hardin et al. (1994) Scherer et al. (1993)

2. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

3. ทำการสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นตามกรอบแนวคิดโดยให้ครอบคลุมทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราลิกิร์ต (Likert scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจที่จะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

	ข้อความทางดี (คะแนน)	ข้อความทางไม่ดี (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ประเมินระดับทัศนคติโดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์และอุษาวดี จันทรสนธิ, 2537) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือ

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 – 1.49	มีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งไม่ดีอย่างยิ่ง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 – 2.49	มีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งไม่ดี
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 – 3.49	มีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีพอใช้
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 – 4.49	มีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 – 5.00	มีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีเยี่ยม

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Scherer et al. (1993) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ดังนี้

การปฏิบัติก่อนการผูกมัด	จำนวน	10	ข้อ
การปฏิบัติขณะถูกผูกมัด	จำนวน	10	ข้อ
การปฏิบัติภายหลังการผูกมัด	จำนวน	5	ข้อ

มีขั้นตอนการสร้างแบบวัดการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

1. ศึกษาแบบวัดการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ Nursing practice performance scores ของ Scherer et al. (1993)
2. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร วารสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
3. สร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นตามกรอบแนวคิด โดยให้ครอบคลุมประเด็นการปฏิบัติก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด และภายหลังการผูกมัด

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

คำตอบแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ
มาก	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยที่สุด

ประเมินคะแนนการปฏิบัติ โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ , 2537) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 – 1.49	ถือว่าการปฏิบัติในระดับที่ควรปรับปรุง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 – 2.49	ถือว่าการปฏิบัติในระดับที่พอใช้
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 – 3.49	ถือว่าการปฏิบัติในระดับที่ดี
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 – 4.49	ถือว่าการปฏิบัติในระดับที่ดีมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 – 5.00	ถือว่าการปฏิบัติในระดับที่ดีเยี่ยม

หลังการสร้างเครื่องมือผู้วิจัยนำข้อคำถามที่สร้างขึ้นเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา และทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ เมื่อผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาเพื่อทดสอบความเที่ยง ดัชนีอำนาจจำแนกของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คนในโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วผู้วิจัยจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร วารสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
2. ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถาม (Guideline interview) ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยแนวคำถามสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของ Kayser - Jones (1992) มีการตั้งคำถามในประเด็นต่าง ๆ ให้ครอบคลุมเนื้อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านองค์กรและปัจจัยด้านผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 4 ท่านและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน รวมทั้งหมด 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นดังนี้

1. เนื้อหาและเกณฑ์ที่ใช้วัดของเครื่องมือแต่ละชุดมีความถูกต้อง ครอบคลุมในเรื่องที่ต้องการวัดตามคำจำกัดความหรือไม่
2. สำนวนภาษาสามารถสื่อความเข้าใจ เป็นภาษาที่เหมาะสมกับเนื้อหาและถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่

การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

- ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล
- เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับเพศของผู้ตอบแบบวัด

- เพิ่มข้อคำถามประสบการณ์การทำงาน โดยแบ่งช่วงของประสบการณ์ ดังนี้
 - น้อยกว่า 4 ปี
 - 4 – 7 ปี
 - 8 – 10 ปี
 - มากกว่า 10 ปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

- ข้อ 8 ปรับคำตอบข้อ ง จากถูกทุกข้อ เป็น ใช้ผ้ารัดบริเวณลำตัวของผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้ปลายผ้าผูกติดกับเตียง
 - ข้อ 10 และ 11 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามและคำตอบคล้ายคลึงกับข้อ 8
 - ข้อ 14 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามและคำตอบไม่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาล
 - ข้อ 29 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามและคำตอบคล้ายคลึงกับข้อ 28
 - ข้อ 32 ปรับคำถามเป็น ท่านจะปฏิบัติอย่างไรที่ช่วยป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วยสูงอายุที่รู้สึกตัวดีและต้องได้รับการผูกมัด
 - ข้อ 33 ปรับคำถามเป็น ท่านจะปฏิบัติอย่างไรที่ช่วยป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้และต้องได้รับการผูกมัด
 - ปรับแก้ไขสำนวนภาษาในบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
- หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และแก้ไขสำนวนภาษาแล้วได้แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจำนวนทั้งหมด 32 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

- ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้เสนอแนะว่าทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ และยังอาจทำให้การวิเคราะห์ผลการวิจัยผิดพลาดได้ จึงเสนอให้ตัดออก ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 10 ข้อออก คงไว้แต่ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
 - ปรับแก้ไขสำนวนภาษาในบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
- หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และแก้ไขสำนวนภาษาแล้วได้แบบวัดทัศนคติของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

- ข้อ 1 แยกข้อคำถามออกเป็น 2 ข้อ คือ ท่านประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด และท่านพยายามหาทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด
- ข้อ 4 ตัดออก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
- ข้อ 5 และ 6 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามคล้ายคลึงกับข้อ 1 และ 2
- ข้อ 14 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามไม่เหมาะสม

ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามอีก 4 ข้อ คือ

1. ท่านเลือกชนิดและขนาดอุปกรณ์ในการผูกมัด ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ
2. ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด
3. ท่านผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยตนเอง
4. หากท่านไม่ได้ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยตนเอง ท่านได้แนะนำวิธีการปฏิบัติและการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดแก่บุคลากรอื่นๆ

- ปรับแก้ไขสำนวนภาษาในบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และแก้ไขสำนวนภาษาแล้วได้แบบวัดการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจำนวน 25 ข้อ

ชุดที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นด้วยกับแนวคำถามในการสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือชุดที่ 1: ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุนำมาหาค่าดัชนีความยากง่าย (Index of difficulty) ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดลองตอบแบบวัดความรู้แล้วนำคะแนนที่ได้มาคัดเลือกข้อสอบที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ด้วยการวิเคราะห์ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความยากง่ายระหว่าง 0.2 – 0.8 ค่า

อำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปเพื่อให้ได้แบบวัดความรู้ที่มีคุณภาพ (Hopkin,1998) ได้ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร K-R 20 ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด 0.93

ส่วนที่ 3 และ 4 แบบวัดทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ และแบบวัดการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุนำมาหาค่าดัชนีอำนาจจำแนก (Discrimination power) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปได้ข้อคำถาม 20 และ 35 ข้อ ตามลำดับ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ประคอง กรรณสูตร, 2538) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ 0.81 แบบวัดการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ 0.95 หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูลจริง ได้ค่าความเที่ยงดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ความเที่ยงจากการทดลอง (N = 30 คน)	ความเที่ยงจากการรวบรวมข้อมูลวิจัย (N = 302 คน)
ความรู้	0.93	0.89
ทัศนคติ	0.81	0.76
การปฏิบัติ	0.95	0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างประชากร พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และตัวอย่างแบบสอบถามแห่งละ 1 ชุด เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. การตอบรับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลนั้น โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันแบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้
 - 3.1 โรงพยาบาลที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ โดยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลโดยตรง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช
 - 3.2 โรงพยาบาลที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ เมื่อผู้วิจัยต้องได้รับหนังสืออนุมัติจาก

คณะกรรมการการวิจัยในคน โดยมีเอกสารรับรองว่าได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในคนแล้ว หลังจากนั้นให้นำเอกสารรับรองนี้ไปติดต่อฝ่ายการพยาบาลเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป ได้แก่โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติ และวชิรพยาบาล

4. ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอรายชื่อหรือผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนักทั้งหมดของโรงพยาบาล

5. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. อธิบายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ดังนี้

6.1 การวิจัยนี้จะไม่เปิดเผยรายชื่อของผู้ให้ข้อมูล

6.2 ผลการวิจัยนี้จะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุผลการรักษาของแต่ละ

โรงพยาบาล

6.3 กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้จนกว่าจะพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ

6.4 กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานงานและขอความร่วมมือกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนัดวันเวลาแจกและเก็บแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการดำเนินการวิจัย โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งแบบสอบถามทุกชุดจะระบุรหัสย่อของโรงพยาบาลและเลขที่แบบสอบถาม เพื่อความสะดวกในการกลับมาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความรู้อยู่ในเกณฑ์สูงและต่ำ รวมทั้งมีทัศนคติในทางที่เห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีและไม่ดี ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกรายชื่อและรหัสของแบบสอบถามให้หัวหน้าหอผู้ป่วยบันทึกชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม โดยแบบบันทึกรายชื่อดังกล่าวจะให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้เก็บรักษาและแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ทราบว่า ในบางกรณีอาจมีการขอกลับมาสัมภาษณ์พยาบาลบางรายตามรหัส (ID) แบบสอบถาม และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2545

8. รับแบบสอบถามคืนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูล
 9. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในเกณฑ์สูงและต่ำ ทศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีและไม่ดีกลุ่มละ 5 คน โดยการเรียงลำดับคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนความรู้สูงสุด 5 คนและต่ำสุด 5 คน รวมทั้งผู้ที่มีคะแนน ทศนคติในทางเห็นว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีสูงสุด 5 คนและในทางไม่ดีต่ำสุด 5 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 20 คน เพื่อกลับไปสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่มีความรู้และทัศนคติแตกต่างกัน
 10. ดำเนินการติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอสัมภาษณ์พยาบาลตามรหัสแบบสอบถาม โดยขอรายชื่อพยาบาลที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ และทำการติดต่อเพื่อนัดหมาย ชี้แจง ขอความร่วมมือและขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึก รวมทั้งอธิบายเหตุผลของการสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเทป การรักษาความลับของข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ หากกลุ่มตัวอย่างคนใดปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนรองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แทน
 11. ผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่ ที่จะสัมภาษณ์ โดยนัดล่วงหน้าประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 – 45 นาที ทำการสัมภาษณ์ตั้งแต่ 1 – 23 สิงหาคม 2545
 12. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคย หลังจากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ แล้วจึงขอความร่วมมือ ความสมัครใจในการสัมภาษณ์ และอธิบายให้เข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง คือ
 - 12.1 คำตอบในการสัมภาษณ์ถือเป็นความลับ ซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของผู้ให้ข้อมูล
 - 12.2 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุผลการศึกษาของแต่ละโรงพยาบาล
 - 12.3 กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามรายละเอียดของการสัมภาษณ์ได้จนกว่าจะพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ
 - 12.4 กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา
- ถ้ากลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขอจดบันทึก รวมทั้งการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ด้วย

13. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้วยคำถามปลายเปิดโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ใช้เวลาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยคนละประมาณ 30 นาที ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยตั้งใจฟังและติดตามคำถาม ป้อนคำถามให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ ใช้ภาษาที่สุภาพ เข้าใจง่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุนำมาแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบการปฏิบัติการผูกมัดจำแนกตามความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi – square test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้
 - ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมาถอดข้อความเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (transcript) ที่เป็นตัวอักษรแล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเหล่านั้นอีกครั้งหนึ่ง โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ
 - ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ นอกเหนือไปจากปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ และเปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงการใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
- ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ
- ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการ
ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการผูกมัด
ผู้ป่วยสูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สูง (มากกว่าร้อยละ 80)	7	2.3
ความรู้ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 50 – 80)	284	94.1
ความรู้ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 50)	11	3.6
รวม	302	100

จากตารางที่ 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 94.1) มีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้ในระดับสูงจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.3)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนร้อยละและระดับความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกเป็นรายด้าน

ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้ด้านการสูงอายุ	93.29	0.76	สูง
ชนิดของการผูกมัด	38.90	0.86	ต่ำ
เหตุผลในการผูกมัด	68.14	0.95	ปานกลาง
วิธีการปฏิบัติในการผูกมัดที่ถูกต้อง	65.64	1.35	ปานกลาง
ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุ	43.70	1.27	ต่ำ
สิทธิผู้ป่วย	40.00	0.49	ต่ำ
รวม	64.73	2.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุสูงของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 64.73$) โดยความรู้ด้านการสูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 93.29$) ด้านเหตุผลในการผูกมัดและวิธีการปฏิบัติในการผูกมัดที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.14$ และ $\bar{X} = 65.64$ ตามลำดับ) นอกนั้นต่างอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50 – 4.49)	14	4.6
ทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีพอใช้ (ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.50 – 3.49)	224	74.2
ทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งไม่ดี (ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.50 – 2.49)	64	21.2
รวม	302	100

จากตารางที่ 6 พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 74.2) มีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุว่าเป็นสิ่งดีพอใช้และมีทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีมาน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.6)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติในระดับที่ดีเยี่ยม (ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.50 – 5.00)	28	9.3
การปฏิบัติในระดับที่ดีมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50 – 4.49)	194	64.2
การปฏิบัติในระดับที่ดี (ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.50 – 3.49)	78	25.8
การปฏิบัติในระดับที่พอใช้ (ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.50 – 2.49)	2	0.7
การปฏิบัติในระดับที่ควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 – 1.49)	-	-
รวม	302	100

จากตารางที่ 7 พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 64.2) มีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับที่ดีมาก รองลงมา (ร้อยละ 25.8 และ ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ) มีการปฏิบัติอยู่ในระดับที่ดีและดีเยี่ยม ส่วนที่มีการปฏิบัติในระดับที่พอใช้มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.7)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย
สูงอายุจำแนกเป็นรายด้าน

การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ
การปฏิบัติก่อนการผูกมัด	3.98	0.54	ดีมาก
การปฏิบัติขณะถูกผูกมัด	3.72	0.54	ดีมาก
การปฏิบัติภายหลังการผูกมัด	3.70	0.56	ดีมาก
รวม	3.80	0.49	ดีมาก

จากตารางที่ 8 พบว่า การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดี
มากทั้งก่อนการผูกมัด ขณะถูกผูกมัด และภายหลังการผูกมัด ($X = 3.98, 3.72$ และ 3.70 ตามลำดับ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามความรู้ และ
ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับระดับการปฏิบัติในการผูกมัด
ผู้ป่วยสูงอายุ

ระดับความรู้	การปฏิบัติ			C	χ^2	df
	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดีพอใช้			
สูง	2 (0.66%)	4 (1.33%)	1 (0.33%)	9.488	6.95	4
ปานกลาง	26 (8.61%)	180 (59.60%)	78 (25.83%)			
ต่ำ	-	10 (0.33%)	1 (0.33%)			
รวม	28	194	80			

χ^2 .05; 4 = 9.488

จากตารางที่ 9 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
แตกต่างกัน มีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพกับระดับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ทัศนคติ	การปฏิบัติ			C	χ^2	df
	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดีพอใช้			
ดีมาก	1 (0.33%)	6 (1.98%)	7 (2.32%)			
ดีพอใช้	22 (7.28%)	143 (47.35%)	59 (19.54%)	9.488	6.10	4
ไม่ดี	5 (1.66%)	45 (14.90%)	14 (4.64%)			
รวม	28	194	80			

$\chi^2_{.05; 4} = 9.488$

จากตารางที่ 10 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกัน มีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุสูงสุด 5 คน ต่ำสุด 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนทัศนคติต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีสูงสุด 5 คนและไม่ดีต่ำสุด 5 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 7 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยจากผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยจากผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดประกอบไปด้วย

1.1 ระดับการรับรู้ โดยพบว่าหากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสน วุ่นวาย หรือระดับการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ได้ ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ จะมัดถ้าคนไข้ไม่รู้สติตัวหรือว่ามีแนวโน้มว่าจะเกิดอุบัติเหตุอย่างเช่น พวก semiconscious หรือว่า hepatic encephalopathy เพราะว่าพยาธิสภาพของโรคพวกนี้จะมีผลต่อการรับรู้ของคนไข้ แล้วบางที่เราไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ พวกที่ weak มี hemiplegia เวลาคนไข้พลิกตัวอาจจะตกลงมาได้ก็ ต้องมัดไว้ก่อน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 30 - 35)

“ คนไข้ที่ไม่ค่อยรู้สติตัวอย่างพวกที่ semiconscious หรือว่า confuse หรือว่าคนไข้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจแล้วมีประวัติว่าเคยดึงมาก่อน คนไข้พวกนี้โอกาสถูกมัดจะสูง ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 40 - 41)

1.2 ผู้ป่วยสูงอายุที่รู้สึกตัวดีแต่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการดึงอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) สายสวนปัสสาวะ (Foley's cath) สายระบายต่างๆ (Drain) และท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัด ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ จะมัดคนไข้เฉพาะเวลาที่คนไข้ confuse นอนดิ้นไปมา เสี่ยงต่อการตกเตียง คนไข้ที่ชอบดึงพวกสายต่างๆ แล้วก็คนไข้ที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 40 - 42)

“ คนไข้ดึงพวกสายต่างๆ หรืออย่างบางรายที่ลุกเดินไปมา เออะอะโวยวาย ปฏิเสธการพยาบาล คนไข้ที่มีพฤติกรรมพวกนี้ส่วนใหญ่จะฉุนฉุน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 45 - 50)

“ จะมีคนไข้ตอนที่เจ๊ง NG, IV หรือพวกสาย drain อะไรพวกนี้หรือไม่ อีกทั้งคนไข้ confuse แล้วจะปิ่นเตียง ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 34 - 35)

“ เหตุผลที่มัดคนไข้ คือคนไข้วุ่นวายจะลงจากเตียงแล้วก็ดึงพวกเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ อย่างพวก IV, NG แต่เวลามัดก็ดูด้วยอาจจะมัดข้างเดียวเฉพาะข้างที่มีแรงข้างไหน weak ก็ไม่ได้มัด ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 41 - 42)

1.3 ภาวะความเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพจะมีความเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก บางกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจจึงอาจจะไม่ต้องผูกมัด เนื่องจากถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะดึงท่อช่วยหายใจ ออกก็ไม่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรง ซึ่งต่างจากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงกว่า การดึงท่อช่วยหายใจอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงเห็นว่าควรต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัย ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ ward พี่จะไม่ค่อยมัดคนไข้ที่ใส่ tube นะเพราะว่าส่วนใหญ่คนไข้จะอาการค่อนข้างดีถ้าคนไข้ดึงนั่นหมายถึงว่าเค้าต้องคิดว่าเค้าหายใจเองได้แล้ว พี่ก็จะปล่อย ถ้าเค้าดึงก็ on เป็น mask ให้แทน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 51 - 52)

“ คนไข้ใส่ tube ทุก case ต้องมัดไว้ก่อนเพราะถ้าคนไข้ดึงขึ้นมาอาจถึงกับ arrest ได้ รอให้คนไข้อาการดีก่อนแล้วถึงปล่อยได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 58 - 59)

2. ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยจากบุคลากรพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดประกอบไปด้วย

2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ ลักษณะนิสัย โดยพบว่าหากพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะใจร้อน โกรธและหงุดหงิดง่ายจะทำให้ความอดทนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุลดลง รวมไปถึงความสนใจในการทำงานกล่าวคือหากพยาบาลวิชาชีพ

ให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุ คุณแลก็ลี้ซิดตลอดเวลาอาจทำให้สามารถหลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุได้ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“ ถ้าใครที่ขี้โมโห หงุดหงิดง่ายก็จะทำให้มีความเครียดในการทำงานมาก ซึ่งอาจจะทำให้ไม่ค่อยมีความอดทน เวลาที่คนไข้วุ่นวาย ดึงโน่นดึงนี่ คงจะมัดคนไข้ง่ายขึ้น ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 46 - 47)

“ การมัดคนไข้ขึ้นอยู่กับแต่ละคน อย่างถ้าเป็นคนใจดี ใจเย็นก็อาจมัดคนไข้น้อยหน่อยเวลาที่คนไข้คือ ไม่ฟัง ถ้าพยาบาลที่เป็นคนใจร้อน ขี้โมโหก็อาจจะมัดคนไข้มากกว่า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 50 - 51)

“ การมัดคนไข้เป็นอะไรที่หลีกเลี่ยงได้ ถ้าพยาบาลสนใจเอาใจใส่ดูแลคนไข้ให้มากขึ้น ไม่เกี่ยงงานกัน เพราะที่พี่เห็นๆเนี่ย พยาบาลนั่งเล่นคอมพิวเตอร์ ไม่ค่อยเดินไปดูคนไข้ซึ่งการมัดมันก็ช่วยทำให้พยาบาลไม่ต้องดูแลคนไข้มาก ทั้งที่จริงที่ว่าถ้าพยาบาลสนใจคนไข้เนี่ยจะไม่ต้องมัดคนไข้เลยก็ได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 32 - 35)

นอกจากนี้ยังพบว่าประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย จะไม่สามารถตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเพียงลำพัง ต้องอาศัยการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในการตัดสินใจ

ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ ถ้าทุกคนเห็นด้วยกับการมัดคนไข้เราคนเดียวไม่เห็นด้วยก็คงจะไม่ได้ เพราะถ้าหากไม่มัดแล้วคนไข้เกิดอะไรขึ้นมาก็ต้องโดนหาว่าเพราะเราไม่เชื่อ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 78 - 79)

“ น้อง ๆ ที่เพิ่งจบใหม่ไม่ว่าจะเพิ่งจบหรือทำงานมานานแล้ว ขนาดบางคนทำงานมา 2 - 3 ปี ยังไม่ค่อยมีความมั่นใจ เวลาจะมัดคนไข้เค้าจะถามว่ามีคดีมั้ย แต่ถ้าเป็นพวกพี่ที่ทำงานมานานจะค่อนข้างมั่นใจในการตัดสินใจ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 94 - 96)

“ ก่อนมัดจะปรึกษาเพื่อน หรือว่าพี่ที่ขึ้นเวรด้วยว่ามัดดีมั๊ย ถ้าเค้า โอ.เค. ถึงค่อยมัด ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5, L 76)

“ บางครั้งอาจจะแบบลังเลอยู่ว่ามัดดีไม่มัดดี แต่ถ้าเพื่อนบอกว่ามัดไปเถอะ ก็จะทำให้รู้สึกว่ามันใจมากขึ้น ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 84)

2.2 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการผูกมัด ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพทราบแต่เพียงว่าการผูกมัดส่งผลกระทบต่อระบบผิวหนังของผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น ส่วนทางด้านจิตใจอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจจากข้อจำกัดในด้านความรู้ อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพเชื่อว่าการผูกมัดไม่ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ หรือเกิดอันตรายน้อยกว่าการไม่ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ มัดแล้วคนไข้อาจจะมีบวม แดง ผิวถลอกไม่น่าจะมีอะไรนอกเหนือจากนี้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 40 - 41)

“ การมัดอาจจะทำให้คนไข้เจ็บ ถ้ามัดแน่นเกินไปหรืออาจจะเกิดแผลแตกต่างๆได้ส่วนทางด้านจิตใจไม่น่าจะมีอะไร ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 50 - 51)

“ เรื่องจิตใจคนไข้คงไม่มีอะไรเพราะคนไข้ก็ confuse อยู่แล้ว แต่ทางด้านร่างกาย เราก็ต้องมัดให้ตึงมัดไม่ตึงมันจะเขียว มือก็จะบวม ต้องมีเทคนิคการมัด ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 65 - 66)

“ การมัดคนไข้ทำให้คนไข้ปลอดภัยแต่อาจมีข้อเสียบ้างตรงที่ทำให้คนไข้เจ็บ เมื่อย เพราะถูกบังคับไม่ให้ขยับ แต่ถ้ามัดไม่นานไม่น่าจะมีผลอะไร ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 60 - 61)

“ คนไข้ที่ถูกมัดอาจจะทำให้เกิดแผลจากการเสียดสี มือบวมถ้ามัดแน่นหรือหวมเกินไป แต่ถ้าเทียบกับผลที่เกิดขึ้นจากคนไข้ตกเตียงหรือว่าดึง tube ผลพวกนี้มันก็ถือว่าเล็กน้อยมาก ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 40 - 41)

“ การมัดคนไข้ทำให้คนไข้ผิวถลอก มือบวม แดง แล้วถ้าคนไข้ด้านมาก ๆ อาจทำให้กระดูกหักได้ ส่วนทางด้านจิตใจก็ทำให้คนไข้โกรธ ไม่พอใจที่อยู่ๆมาถูกมัด นอกเหนือจากนี้คงไม่มีอะไร ถ้าเทียบกันระหว่างข้อดีข้อเสียกับการมัดไม่มัด การไม่มัดคงจะมีมากกว่า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 42 - 44)

3. ปัจจัยด้านทัศนคติ จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด ประกอบไปด้วย

3.1 ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นบุคคลที่ขี้หงุดหงิด โมโหง่าย และเอาแต่ใจตัว ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลเป็นบางครั้ง อีกทั้งยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีผู้สูงอายุในครอบครัวจะทำให้มุมมองต่อผู้ป่วยสูงอายุ และการผูกมัดแตกต่างไปจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีผู้สูงอายุในครอบครัว ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ ผู้สูงอายุเป็นคนที่ขี้คิดขี้ทำ แล้วก็ค่อนข้างจะจุกจิกจู้จี้ เอาแต่ใจตัวเอง ใครทำอะไรก็จะไม่ค่อยฟัง เอาความคิดเห็นของตัวเองเป็นใหญ่ เวลาที่ไม่ชอบ ไม่เอาอะไรก็ปฏิเสธอย่างเดียว อย่างบางทีเข้าไปฉีดยาให้ก็ไม่เอาจะหยิกจะข่วน เอามือปิด ก็ทำให้โมโหเหมือนกัน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 45 - 47)

“ ผู้สูงอายุหรือที่ขี้โมโห ขี้รำคาญ อย่าง NG จะชอบดึงเป็นที่หนึ่ง เคยเจอคนไข้รายหนึ่งไม่ยอมใส่ ใส่เท่าไร ๆ ก็ดึง พุดไม่ฟัง เวลาเข้าไป feed อาหารให้ ขนาดกำลัง feed อยู่ก็จะดึง ถ้าห้ามไม่ให้ดึงก็จะหยิก ก็เลยต้องมัด ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 40 - 43)

“ พี่จะทำอะไรกับคนไข้เนี่ยมันก็จะรู้สึกว่ เออ ถ้าเป็นญาติ เป็นพ่อแม่เรา จะรู้สึกอย่างไร มันก็เลยทำให้พี่ระวังหรือว่าทำอะไรคิดถึงจิตใจคนไข้มากขึ้นนะ อย่างการมัดคนไข้พี่ว่ามันก็ทำร้ายจิตใจคนไข้เหมือนกันนะ เคยมีคนไข้คนหนึ่งพูดเลยว่า ผมไม่ใช่หมาเนมาผูกอย่างนี้ได้อย่างไร ฟังแล้วรู้สึกว่ไม่ดีเลย ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 55 - 57)

“ รักคุณยายมากอยู่บ้านเดียวกัน เวลาที่คนไข้น่ารักๆ บางทีก็ทำให้นึกถึง ไม่อยากมัด สงสาร ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 29 - 30)

3.2 ทักษะคิดต่อการผูกมัด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ

ด้านที่ 1 ทักษะคิดที่ดีต่อการผูกมัด ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เชื่อว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างหนึ่งในการให้การพยาบาลเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัย อีกทั้งได้รับการดูแลครบถ้วนตามแผนการรักษา และยังทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานได้ง่ายขึ้นดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ การมัดเหมือนกับการให้การพยาบาลคนไข้อย่างหนึ่ง มีความจำเป็นสำหรับคนไข้บางโรคอย่างพวก alcoholic, hepatic encephalopathy คนไข้ไม่รู้เรื่องจริง ๆ ถ้าไม่มัดคงไม่ได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 30 - 31)

“ การมัดคนไข้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในการให้การพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นมัดคนไข้สูงอายุหรือคนไข้ทั่วไป ทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องมาคอยกังวลกับการกลัวคนไข้ตกเตียง หรือว่าดึงพวกสายต่างๆและถ้าเรามัดอย่างถูกวิธี มีเหตุผลในการมัด การมัดคนไข้ก็ไม่น่าจะมีอะไรเสียหาย เพราะว่าเป็นสิ่งที่ทำให้คนไข้ปลอดภัยกว่าวิธีอื่นๆ คนน่าจะยอมรับได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 32 - 35)

“ คิดว่าการมัดคนไข้เป็นเรื่องธรรมดาสำหรับการทำงานของพยาบาลนะ ทำให้พยาบาลทำงานง่ายขึ้น ประหยัดเวลา อย่างคนไข้บางคนที่ชอบดึง NG ใส่อื่นๆ ก็ดึงๆ ถ้าเราไม่มัดก็ใส่ไปเถอะ เวิร์นนิ่งไม่รู้ก็รอบ แต่ถ้าเรามัดคนไข้ไว้เราก็ไม่ต้องเสียเวลามานั่งใส่เรื่อยๆเอาเวลาไปทำอย่างอื่นได้ แล้วคนไข้เองก็ไม่ต้องเจ็บตัวด้วย ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 47 - 50)

“ มัดคนไข้เพื่อความสะดวกในการทำงานแล้วเราก็สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการรักษา อย่างน้ำเกลือตรงตาม rate แล้วคนไข้ก็ไม่เป็นอันตรายเราเองก็ไม่เปลืองเวลาในการทำงาน ถ้าเรามัดแต่มาแทงน้ำเกลือกันอยู่นั้นแหละ มันก็ไม่ได้ทำงานอย่างอื่นสักที ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 37 - 40)

นอกจากพยาบาลวิชาชีพจะมีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุช่วยให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัยมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง หรือการเขียนรายงานดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ การมัดคนไขช่วยป้องกันอุบัติเหตุอันไม่คาดคิด ทำให้เราทำงานง่ายขึ้น ปลอดภัยทั้งตัวเองและคนไขด้วย ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 40 - 41)

“ การมัดคนไขเป็นอะไรที่จำเป็นนะสำหรับความปลอดภัยของคนไข สมมติว่าถ้าเราไม่มัดแล้วปล่อยให้คนไขตกเตียงขึ้นมาก็เป็นเรื่องใหญ่ไม่คุ้มกัน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 40 - 41)

“ การมัดจำเป็นสำหรับคนไขไอ.ซี.ยู. เพราะว่าทำให้คนไขปลอดภัย ไม่เกิดอันตราย พยาบาลก็ได้ทำงานด้วยความสบายใจ ไม่ต้องมาคอยกังวลหรือว่าระแวงว่าเมื่อไหร่คนไขจะดึง tube จะได้เอาเวลาไปดูแลตรงส่วนอื่นได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 37 - 40)

ด้านที่ 2 ทักษะคิดไม่คิดต่อการผูกมัด พบว่าพยาบาลวิชาชีพบางส่วนเห็นว่าการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ การมัดคนไขมันเหมาะสำหรับคนไขทางจิตเวชมากกว่า อย่างคนไขทั่ว ๆ ไปแบบนี้ไม่น่ามัดนะ เพราะว่าเค้าก็มีความเจ็บป่วยทางกายอยู่แล้วการมัดเหมือนกับว่ายิ่งเพิ่มความทุกข์ให้เค้า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 31 - 32)

“ การมัดเป็นการทรมานคนไข คือก็ลองมาคิดว่าถ้าเป็นเราถูกมัดแขน ขา ให้อยู่นิ่ง ๆ จะอึดอัด ทรมานแค่ไหน ขนาดเราเองเวลานอนยังต้องตะแคงไป ตะแคงมา เพราะถ้านอนท่าเดียวมันจะเมื่อย เราเองยังไม่ชอบแล้วจะไปบังคับคนอื่นให้ทำได้ยังไง แล้วอีกอย่างการมัดก็อาจจะทำให้คนไขมีความรู้สึกที่ไม่ดีกับพยาบาลหรือว่าโรงพยาบาลไปตลอดก็ได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 33 - 36)

“ นึกถึงตัวเรา ถ้าเกิดว่าใครมามัด มันจะเกาะจะหียบอะไรลำบาก คือมันเหมือนกับถูกกีดกันเสรีภาพส่วนหนึ่งเหมือนกัน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 30 - 31)

“ ไม่ชอบให้มัด ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ คือมานึกถึงตัวเรา ถ้าเกิดว่าใครมามัดเราก็คงไม่ชอบเหมือนกัน รู้สึกว่าเหมือนถูกทำร้าย ถูกบังคับแล้วอีกอย่างการมัด

คนไข้ที่ว่ามองดูไม่ค่อยดีเท่าไร มันเป็นภาพที่ไม่น่าดู” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 33 - 35)

“ การมีคนไข้บางทีมันก็ไม่สามารถช่วยได้ต้องอาศัยอย่างอื่นร่วมด้วย อย่างเช่นความสนใจเอาใจใส่คนไข้แล้วก็ความอดทน ความคิดแก้ไขปัญหาของพยาบาล ไม่ใช่ว่าอะอะอะไรก็มีคนไข้ เป็นวิธีเดียวที่นึกถึงอะไรแบบนี้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5, L 37 - 39)

4. ปัจจัยด้านกายภาพ จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยด้านกายภาพที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดประกอบไปด้วย

4.1 ลักษณะของหอผู้ป่วย พบว่าหอผู้ป่วย หรือตำแหน่งของเคาน์เตอร์พยาบาลที่ทำให้มองเห็นผู้ป่วยสูงอายุไม่ชัดเจน จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพผูกมัดผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยสูงอายุได้ตลอดเวลา อีกทั้งยังต้องให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ จึงต้องผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไว้ก่อน โดยเฉพาะในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการสับสน เนื่องจากอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ ward ถ้าเห็นคนไข้ไม่ทั่วถึงก็อาจจะทำให้ต้องมัด อย่างถ้าคนไข้อยู่เตียงไกล ๆ จะมองเห็นไม่ถนัด นอกจากเดินไปดูซึ่งบางทีก็ไม่มีเวลาเดินไปดูบ่อย ๆ ก็ต้องทำให้มัดคนไข้ไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัย ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 60 - 63)

“ เคาน์เตอร์พยาบาลถ้าอยู่ในจุดที่มองเห็นคนไข้ไม่ทั่วถึงแล้วเผชิญเอาคนไข้ที่ confuse หรือว่ามีพวกอุปกรณ์ที่ต้องระวังอยู่เตียงที่ไกลจากเคาน์เตอร์ โอกาสถูกมัดก็จะมีมากขึ้น ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5, L 70 - 72)

“ ward ที่นี่จะมีลักษณะเป็นลิ้น ๓ ลิ้น มีกำแพงกั้นบางส่วน ทำให้มองเห็นคนไข้ไม่ค่อยถนัด อย่างเวลาคนไข้ confuse นอนดิ้นไปมาหรือจะปัสสาวะก็ต้องมัดไว้ก่อน เพราะว่าบางที่เราอยู่ลิ้นหนึ่งก็จะมองไม่ค่อยเห็นคนไข้ลิ้นอื่น ๆ ถ้าไม่มัดกว่าจะเห็นแล้ววิ่งไปถึงบางทีคนไข้ตกเตียงลงมาก่อนแล้ว ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 90 - 93)

4.2 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่าเสียงรบกวนของอุปกรณ์ต่าง ๆ เมื่อคนไข้

คืนแล้วทำให้อุปกรณ์หลุด หรือเสียงรบกวนของเครื่องช่วยหายใจเวลาที่คนไข้คืน หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกหงุดหงิด รำคาญซึ่งอาจนำมาสู่การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ เวลาที่คนไข้คืนมาก ๆ แล้วทำให้เกิดพวกเสียงรบกวนต่าง ๆ อย่างเสียง monitor ร้องอาจทำให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิดได้ บางคนก็อาจจะมัดคนไข้ไม่ให้คืนเครื่องจะได้ไม่ร้อง ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 64 - 65)

“ เสียงรบกวนของคนไข้ หรือว่าพวกเสียง monitor, ventilator เวลาคนไข้คืน หรือด้านเครื่อง ถ้าดังบ่อย ๆ บางทีก็ทำให้หงุดหงิด แล้วก็ทำให้ทนกับพฤติกรรมคนไข้ไม่ค่อยได้ อย่างที่หนูเคยเห็นบางคนตีคนไข้เลยก็มี หรือบางคนก็มีคนไข้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 71 - 73)

4.3 ลักษณะของอุปกรณ์เครื่องใช้ พบว่าความเหมาะสมของเตียงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยมีอาการสับสน วุ่นวาย เนื่องจากหากเตียงที่ใช่ ราวข้างเตียงไม่มีความแข็งแรงพอ หรือไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการถูกผูกมัดมากขึ้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ เตียงน่าจะปรับระดับความสูงได้ เวลาคนไข้ที่อาจจะเสี่ยงต่อการตกเตียง เราจะได้ปรับให้เตี้ย ๆ เพื่อคนไข้ตกลงมาจะได้ไม่อันตรายมาก บางรายอาจจะไม่ต้องมัดก็ได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 89 - 90)

“ ราวข้างเตียงควรจะแข็งแรงหน่อย ไม่ใช่ให้คนไข้สามารถเอามือมาได้ง่าย ๆ เพราะเคยเจอคนไข้บางคน สามารถเอาราวข้างเตียงลงเองได้ วิ่งจับคนไข้กันแทบไม่ทันเกือบตกเตียงผลสุดท้ายก็ต้องมัดไว้ เพราะถ้าคนไข้เอาราวข้างเตียงลงได้แล้ว ไม่ได้ผูก ก็ตกเตียงแน่ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 74 - 76)

5. ปัจจัยด้านองค์กร จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยด้านองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดประกอบไปด้วย

5.1 นโยบายของโรงพยาบาลและหัวหน้างานเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องเสี่ยงต่อการเขียน incidence report ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งไม่ดี

แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการทำงานของตนเอง ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ซึ่งมีความเชื่ออยู่แล้วว่าการผูกมัดสามารถป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้ ประกอบกับการลดความเสี่ยงต่อการเขียน incidence report จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสถูกผูกมัดมากขึ้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ รู้สึกเบื่อกับการทำงาน เพราะตัวเราเองก็รู้สึกที่เราดูแลคนไข้เต็มที่แล้ว คนไข้ก็เขอะนะพอคู่มือมันแล้วเกิดความผิดพลาดขึ้นมาก็โดนต่อว่า โคนเขียนรายงาน ฟังถึงว่าบางครั้งการมัดคนไข้มันก็จำเป็นนะ เพราะเป็นประโยชน์ทั้งกับตัวคนไข้แล้วก็ตัวเราเอง ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 90 - 92)

“ เวลาที่คนไข้ดึง tube หัวหน้าเค้าก็จะพูดคุยสอบถามเหตุการณ์ในเวรว่า เป็นอย่างไร ถ้าเค้าเห็นว่าเราบกพร่องก็จะต้องโดนเขียนพวกใบรายงานเหตุการณ์ เพราะฉะนั้นถึงบอกว่ามัดคนไข้ไว้ก่อนดีกว่า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 102 - 104)

“ ถ้าคนไข้ดึง tube จะต้องเขียน incidence report รู้สึกไม่ดี ทำให้ต้องมัดคนไข้มากขึ้นเพราะเวลาที่โดนเขียน คือแยกเป็นคนๆจะมียอดบันทึกเลยว่าใครโดนเขียนก็ไปไม่ได้รวมกันเป็นของแผนก แล้วถ้าใครโดนเขอะ ๆ มันก็ไม่ดี อาจจะถูกมองว่าทำงานไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 88 - 90)

“ ถ้าปล่อยให้คนไข้ตกเตียงหรือว่าเกิดอุบัติเหตุอะไรก็ตามแต่จะต้องเขียนใบรายงานเหตุการณ์ให้หัวหน้าหรือเวรตรวจการรู้ ทำให้รู้สึกว่าเวลาทำงานต้องระวังทุกอย่าง ถ้าคนไข้ตกเตียงลงมา หรือว่าดึงสายตอนเรายุงก็คงไม่มีใครฟังเหตุผลหรือว่าเรายุง คู่มือมัน เค้าก็ต้องหาว่าเราประมาท ทำไม่มัดคนไข้ไว้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 107 - 110)

“ ที่นี้หัวหน้าจะให้มัดเป็น routine เลขถ้ามีคนไข้ใส่ tube คือเตรียมพร้อม กับพวกอุปกรณ์รับใหม่ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 111 - 112)

“ เวนเจ้าหัวหน้าจะสั่งเลยว่าห้ามมัดคนไข้เด็ดขาดเพราะคนไข้เป็น 1: 1 คุณต้องดูแลคนไข้ให้ดี แต่ถ้าเวรบ่าย เวนดีก็อาจมัดได้บ้าง ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 104 - 105)

“ หัวหน้ามีส่วนที่จะทำให้คนไข้ถูกมัดน้อยลงได้ อย่างถ้าหัวหน้าห้ามไม่ให้มัดคนนอกจากมีเหตุผลจริง ๆ การมัดคนไข้น่าจะน้อยลง เพราะต้องคอยตอบคำถามว่ามัดทำไม ถ้าไม่มีเหตุผลพอก็มัดไม่ได้ มันก็ต้องระวังมากขึ้น ไม่ใช่มัดน้อยก็มัด ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5, L 91 - 93)

นอกจากนโยบายของโรงพยาบาลในด้านการจัดการความเสี่ยงและนโยบายของหัวหน้างานแล้ว ยังพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งได้วางแนวทางให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วย โดยจะต้องมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะสามารถผูกมัดผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ นโยบายของโรงพยาบาลทำให้มัดคนไข้ยากขึ้น อย่างที่เคยคุยกับเพื่อนที่อยู่โรงพยาบาลอื่น เขาก็จะบอกว่าโรงพยาบาลเค้าสามารถมัดคนไข้ได้เลยตามสบายแล้วแต่พยาบาล แต่ที่นี่ไม่ได้ต้องมีคำสั่งจากแพทย์เท่านั้นถึงจะมัดได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 104 - 105)

5.2 นโยบายด้านอัตรากำลัง พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเห็นว่าอัตรากำลังกับปริมาณงานไม่มีความสมดุลกัน ทำให้ทำงานไม่ทัน และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการดึงอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานซ้ำซ้อน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ จำนวนเจ้าหน้าที่มีผลต่อการมัดคนไข้ที่เห็นชัด ๆ คือเวลารับใหม่จะค่อนข้างยุ่งคนไข้บางรายที่อาจจะดึงพวกสายต่าง ๆ พี่ก็จะมัดไว้ก่อนแล้วพอว่างรับคนไข้เสร็จค่อยปล่อยคนไข้ที่มัดไว้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 97 - 98)

“ ถ้าปริมาณงานเยอะแต่จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย ทำให้ทำงานไม่ทัน ถ้าคนไข้ดึงพวกสายต่าง ๆ ตอนที่กำลังยุ่งจะทำให้รู้สึกหงุดหงิดเหมือนกัน เหมือนกับว่างานก็เยอะอยู่แล้วคนไข้ยังมาหางานให้ทำอีก พวกนี้โอกาสถูกมัดก็จะมีมาก ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 115 - 117)

“ ที่นี้คนไข้จะเยอะมากเตียงเต็มเกือบตลอดแล้วถ้าพยาบาลงานเยอะ คุณคนไข้ไม่ทันอย่างคนไข้จะป็นเตียงให้มากคอยจับก็คงไม่ได้เพราะถ้าเมื่อไหร่คนไข้อาจจะตกเตียง มัดไว้ก่อนก็จะปลอดภัยกว่า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 117 - 119)

“ ถ้าคนไข้เยอะพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่น้อย ทำงานไม่ทัน มันก็ต้องมีผลอยู่ แล้ว ถ้ามีจำนวนเจ้าหน้าที่พอคิดว่าก็คงไม่มีใครอยากมัดคนไข้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5, L 98 - 99)

“ อัตรากำลังก็เป็นอย่างหนึ่ง สมมติว่าเราเข้ามีพยาบาลเป็น member คนเดียวหรืออาจจะมียาใหม่ หรือยุ่งอะไรอย่างนี้ คือถ้ากำลังเราเหลือ เราอาจจะนั่งเฝ้าคนไข้ตรงนี้ก็ได้ตลอด แต่ถ้าเกิดเรายุ่งเนี่ย คือเราต้องปล่อยคนไข้ให้อยู่กับคนเดียว ก็ต้องคิดว่าระหว่างเราปล่อยให้คนไข้ป็นเตียงแล้วตกลงมากับมัดไว้ก่อนแล้วถ้าเราเสร็จงานมีเวลามาคูคนไข้ ให้คนไข้อยู่ในสายตาเราตลอดแล้วเราก็อบายปล่อยน่าจะดีกว่า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 80 - 84)

“ ถ้าคนไข้เยอะทำงานไม่ทันหรือว่าเหนื่อยมากจะทำให้ความกระตือรือร้นในการดูแลคนไข้ลดลงได้ อาจจะไม่ค่อยอยากเดินไปหาคนไข้โดยเฉพาะถ้าคนไข้อยู่เตียงไกลๆ อย่างตัวเองจะรู้สึกเลยว่าวันไหนเหนื่อยจะอยากให้งานเสร็จเร็ว ๆ จะได้ลงเวร ถ้าคนไข้ดังพวก IV, NG จะค่อนข้างหงุดหงิด รู้สึกว่าทำไมงานไม่เสร็จเสียที แล้วก็รู้สึกว่ามันเป็นอะไรที่ไม่ต้องมาทำตรงนี้ได้ เพียงแค่เรามัดคนไข้ไว้เท่านั้น ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 111 - 115)

6. ปัจจัยจากญาติผู้ป่วย พบว่าญาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุโดยพบว่าญาติส่วนใหญ่ไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัด จะมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ปฏิเสธ รวมทั้งการเยี่ยมของญาติก็มีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดเช่นเดียวกัน เนื่องจากพยาบาลจะคลายการผูกมัดแก่ผู้ป่วยในเวลาที่ญาติมาเยี่ยมเท่านั้นแต่หากผู้ป่วยรายใดไม่มีญาติมาเยี่ยม อาจถูกผูกมัดตลอด 24 ชั่วโมง ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ เวลามัดคนไข้ก็มีญาติถามบ้างว่ามัดทำไม พอเราอธิบายเหตุผลให้ฟังเค้าก็ไม่ได้ว่าอะไร ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 118)

“ ถ้าคนไข้ไม่รู้สึกรู้สีกว่าจะเอาความต้องการของญาติเป็นใหญ่มากกว่า ว่าญาติยินยอมหรือเปล่า ถ้ายินยอมก็ดี แต่ถ้าไม่ยินยอมก็มัดไม่ได้เหมือนกัน ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 131 - 132)

“ มีญาติบางรายที่เห็นคนไข้ดึงพวกสายต่าง ๆ ต่อหน้า พอเวลาโทรมาถามอาการที่หลังบางทีก็จะถามเลยว่าคนไข้ดึงอีกมั๊ย ให้มัดไว้ก่อนได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 98 - 99)

“ คนไข้ที่ไม่มีญาติมาเฝ้าเลย ก็ต้องมัดไว้ตลอดทำไงได้ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 88)

“ คนไข้มีญาติเฝ้าเราก็จะไม่ต้องมัดให้ญาติคอยดูไว้ แต่ถ้า case ที่ไม่ญาติมาเยี่ยมพวกนี้จะถูกมัดมากกว่า เพราะต้องรอดูว่าว่างจริง ๆ ที่จะคอยดูคอยระวังเค้าถึงจะปล่อย ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 106)

7. ปัจจัยด้านช่วงเวลาในการทำงาน พบว่าช่วงเวลาเข้าคนไข้จะถูกผูกมัดน้อยที่สุดเนื่องจากมีญาติมาเยี่ยม อีกทั้งอัตรากำลังยังมากกว่าเวรอื่นๆ ในขณะที่เวรบ่าย ดึก อัตรากำลังจะน้อยกว่า และพยาบาลยังอาจเกิดความรู้สึกอ่อนล้าในการทำงาน ซึ่งมีผลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ ช่วงเวรดึกโอกาสผูกมัดจะเยอะขึ้นกว่าเวรบ่าย แต่อาจพอ ๆ กับเวรเช้า เพราะว่าคนไข้มักจะงุนวาย ไม่ค่อยนอนกันตอนกลางคืน แต่จะมาหลับเอาตอนเช้า ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 161 - 162)

“ เวรเช้าคนไข้อาจจะถูกมัดน้อยหน่อยเพราะว่ามีญาติเฝ้า แต่ถ้าตอนกลางคืนที่งดเยี่ยม โอกาสที่คนไข้ถูกมัดก็มีมากขึ้น ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 144 - 145)

“ ถ้าเป็นเวรเช้ามีญาติมาเยี่ยม บางรายอาจไม่ต้องมัดให้ญาติเป็นคนเฝ้า แต่ช่วงเวรบ่ายดึก งดญาติเยี่ยมการมัดก็ต้องมากกว่า แล้วอีกอย่างก็คือ ช่วงเวรบ่ายดึกจะต้องเช็ดตัวคนไข้ปิดม่าน เพราะฉะนั้นคนไข้เตียงอื่นจะมองไม่เห็น แล้วถ้าเราไม่

แน่ใจว่าเค้าจะดึงหรือเปล่าก็ต้องมัดไว้ก่อน พอทำงาน ทำอะไรเสร็จถึงค่อยปล่อย ”
(ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 3, L 134 - 137)

“ เวิร์เข้าคนไข้จะไม่ถูกมัดแน่นอน เพราะหัวหน้าสั่ง แต่ถ้าตอนกลางคืน โอกาสถูกมัดจะเยอะขึ้น เพราะว่าพยาบาลก็คนธรรมดาเนอะ ต้องมึ่งมึ่ง มีเปลี้ยบ้าง บางทีก็ต้องมัดไว้ก่อนแล้วเข้ามาถึงจะปล่อย ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 5, L 134 - 137)

โดยสรุปแล้ว จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วย สูงอายุตามความคิดเห็นของพยาบาล คือ ปัจจัยจากผู้สูงอายุ ปัจจัยอื่น ๆ เป็นเพียงส่วนประกอบ เท่านั้น ดังคำกล่าวจากการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“ คนไข้เป็นสาเหตุที่ทำให้เราต้องมัด การดึงพวกสายต่าง ๆ ปีนเตียง วุ่นวาย มาจากตัวคนไข้ทั้งนั้น ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 211 - 212)

“ conscious การทรงตัวของคนไข้ ทำให้คนไข้ถูกมัดมากขึ้นเพราะอาจ เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดอย่าง tube หลุดโดยไม่ตั้งใจ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2, L 198 - 199)

“ ตัวคนไข้เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด เพราะว่าสาเหตุอื่นมันก็แค่เกี่ยวนิด ๆ หน่อย ๆ ไม่มีผลอะไรมาก แต่ตัวคนไข้เป็น main หลัก ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 191 - 192)

“ หากคนไข้รู้เรื่องดี ให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาลก็คงไม่ต้องมัด คนไข้ มันเหมือนกับว่าคนไข้เป็นจุดเริ่มต้น แล้วส่วนอื่น ๆ มันเป็นส่วนประกอบ ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 1, L 188 - 189)

“ คนแก่มักจะชอบหลง ๆ แล้วบางทีก็ร้องเอะอะ โวยวาย หรือว่าวุ่นวาย ตอนกลางคืน ทีนี้เราก็กลัวว่าคนไข้จะตกเตียง หัวกะมำลงมากก็ต้องมัดไว้ก่อน คือ มันอยู่ที่อาการหรือว่าโรคของคนไข้ที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มัด ” (ผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 4, L 206 - 208)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ

1. ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามความรู้ และ ทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพ
3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามความรู้ และ ทักษะ ในการปฏิบัติในการผูกมัด

สมมติฐานของการวิจัยมี 2 ข้อ คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ แตกต่างกัน
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ แตกต่างกัน

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรม ศัลยกรรม และ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเพียงมากกว่า 800 เตียง จำนวน 5 โรงพยาบาล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,419 คน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งพวก (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 302 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวัดผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากการพิจารณา และ ตัดสินของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 ท่าน ได้แบบวัดผล ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 20 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 25 ข้อ

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ 0.93 , 0.81 และ 0.95

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ ตามจำนวนที่ต้องการ ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 302 ชุด คิดเป็นร้อยละ 72 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 420 ชุด

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยไคสแควร์

สรุปผลการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

1.1 ความรู้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 94.1 มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67 โดยด้านที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงคือ ด้านการสูงอายุ ($\bar{X} = 93.29$) และด้านที่มีความรู้ต่ำคือ ชนิดของการผูกมัด ($\bar{X} = 38.90$) ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุ ($\bar{X} = 43.70$) และสิทธิผู้ป่วย ($\bar{X} = 40.00$)

1.2 ทักษะคิด พบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 74.2 มีทักษะคิดต่อการผูกมัดว่าเป็นสิ่งดีพอใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.37

1.3 การปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 64.2 มีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในระดับที่ดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติก่อนการผูกมัด ($\bar{X} = 3.98$) รองลงมาคือ การปฏิบัติขณะถูกผูกมัด ($\bar{X} = 3.72$) และการปฏิบัติภายหลังการผูกมัด ($\bar{X} = 3.70$)

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามความรู้และทักษะคิดของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 จำแนกตามความรู้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับความรู้แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 จำแนกตามทักษะคิด พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะคิดแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าประกอบด้วยปัจจัย 7 ด้าน ได้แก่
 - 3.1 ปัจจัยจากผู้สูงอายุ คือ ระดับการรับรู้ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา
 - 3.2 ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล คือ ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลและความรู้ด้านการผูกมัด
 - 3.3 ปัจจัยทัศนคติ คือ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ทัศนคติต่อผู้สูงอายุและทัศนคติต่อการผูกมัด
 - 3.4 ปัจจัยด้านกายภาพ คือ ลักษณะของหอผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในการทำงานและลักษณะของอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ
 - 3.5 ปัจจัยด้านองค์กร คือ นโยบายของโรงพยาบาล และหัวหน้างาน อัตรากำลัง
 - 3.6 ปัจจัยจากญาติผู้ป่วย
 - 3.7 ปัจจัยด้านช่วงเวลาในการทำงาน

อภิปรายผลการวิจัย

การนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอเรียงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะเห็นได้ว่า ด้านที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงสุดเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับด้านการสูงอายุ ส่วนความรู้ที่เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอื่นได้แก่ ชนิดของการผูกมัด เหตุผลในการผูกมัด วิธีการปฏิบัติในการผูกมัดที่ถูกต้อง ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุ และสิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งสาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ แต่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วย (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก) ดังนั้นความรู้ที่มีจึงเป็นความรู้ด้านการสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดอยู่ในระดับปานกลางและต่ำเพราะความรู้ที่ได้น่าจะเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับที่จำกัด สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.1) ทราบแต่เพียงว่า การผูกมัดส่งผลกระทบต่อระบบผิวหนัง (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) ซึ่งเป็นระบบที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและพบเห็นได้ชัดเจนที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ระบบอื่น ๆ นั้น การประเมินอาจทำได้ยาก ต้องอาศัยการเรียนรู้ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยโดยตรง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงมี

ข้อจำกัดในด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Matthiesen et al. (1996) ที่พบว่าพยาบาลร้อยละ 56 ไม่ทราบถึงอันตรายหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผูกมัด

พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 74.2 มีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งดีพอใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุและเมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า หากมีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกวิธีในขณะที่ถูกผูกมัด การผูกมัดจะไม่ก่อให้เกิดอันตราย และมีทัศนคติว่าการผูกมัดช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้ (รายละเอียด ดังแสดงในภาคผนวก ก) การที่พยาบาลมีทัศนคติเช่นนี้ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการมีข้อจำกัดในด้านความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดที่พยาบาลส่วนใหญ่ทราบแต่เพียงว่า การผูกมัดส่งผลกระทบต่อระบบผิวหนังของผู้ป่วยสูงอายุ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก) ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติว่า หากมีการดูแลอย่างถูกวิธีจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับคะแนนการปฏิบัติที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพจะดูแลเปลี่ยนท่าการนอนให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงมากที่สุด (ดังแสดงในภาคผนวก ก) เนื่องจากสามารถช่วยป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ระบบผิวหนังได้ ส่วนทัศนคติข้อที่ว่าการผูกมัดช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้นั้น แสดงให้เห็นโดยพบว่ามี การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาลและจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกก็พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อว่า การผูกมัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด การที่พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า การผูกมัดผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกันมานาน และเห็นว่าสามารถป้องกันผู้ป่วยจากการตกเตียงและการดึงสายต่าง ๆ ได้ดีกว่าวิธีอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (1999) ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุและไม่ก่อให้เกิดผลที่ไม่ต้องการใด ๆ ดังนั้น ในแบบวัดทัศนคติข้อที่ว่า ท่านเลือกวิธีการผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายในการจัดการกับพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุเอง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงไม่เห็นด้วย

พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านที่ดีที่สุดคือ ก่อนการผูกมัด รองลงมาคือ ขณะถูกผูกมัด และภายหลังการผูกมัดต่ำที่สุด การที่พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติก่อนการผูกมัดอยู่ในระดับที่ดีกว่าด้านอื่น ๆ อาจจะเป็นเพราะ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการเรียนการสอนในเรื่องกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล ด้วยเหตุผลดังกล่าว การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นการปฏิบัติพยาบาลอย่างหนึ่ง การประเมินปัญหาของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในขั้นตอนก่อนการผูกมัด จึงได้รับการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากที่สุด ส่วนการปฏิบัติภายหลังการผูกมัดที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาน้อยกว่าด้านอื่น ๆ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า หลังจากการผูกมัดแล้วไม่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุอีก ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงอาจให้ความสนใจในด้านการปฏิบัติภายหลังการผูกมัดน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเปลี่ยนท่าการนอนทุก 2 ชั่วโมงมากที่สุด (ดังแสดงใน

ภาคผนวก จ) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Scherer et al. (1993) ที่พบว่าพยาบาลร้อยละ 93 คลายการผูกมัดให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามความรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก เมื่อนำมาเปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุโดยจำแนกตามระดับความรู้พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมในด้านนี้มาก่อน เนื่องจากในระบบการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันได้บรรจุสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุไว้ร่วมกับสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และมีจำนวนหน่วยกิตเท่ากับ 2.5 หน่วยกิต โดยเนื้อหาการเรียนการสอนส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่พยาธิสรีรภาพของผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ แต่ความรู้ด้านการผูกมัดส่วนใหญ่จะได้รับการสอนหรือแนะนำวิธีการปฏิบัติในช่วงเวลาที่ฝึกภาคปฏิบัติ (ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก) จากสาเหตุดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุนั้นอยู่ในระดับดีมากจึงอาจเกิดจากการที่พยาบาลวิชาชีพมากกว่าร้อยละ 60 (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2) มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 4 ปีขึ้นไป ดังนั้นการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจึงอาจเกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ หรือจากคำแนะนำของผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Matthiesen et al. (1996) ที่พบว่านอกเหนือไปจากความรู้แล้ว ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

จากผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุว่าเป็นสิ่งดีพอใช้สำหรับผู้สูงอายุ เมื่อนำมาเปรียบเทียบการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุโดยจำแนกตามทัศนคติพบว่าไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทัศนคติว่า หากมีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกวิธีในขณะที่ถูกผูกมัด การผูกมัดจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกัน หากมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง การผูกมัดจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ด้วยเหตุนี้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงมีทัศนคติดีพอใช้ต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ และการที่พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติในทางดีมาก ดีพอใช้ และไม่ดีมีการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกัน อาจจะเป็นเนื่องจากความเชื่อที่ว่า การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกวิธีจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้น ไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอย่างไรจึงมีการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (1999); Matthiesen et al. (1996) ที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นผลดีสำหรับผู้สูงอายุ และไม่ก่อให้เกิดผลที่ไม่ต้องการใด ๆ หากมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

3.1 ปัจจัยจากผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการรับรู้ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากหากผู้ป่วยสูงอายุนี้อาจมีระดับการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสน วุ่นวาย พยายามดิ้นรนอุปสรรคต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา หรือพฤติกรรมที่บ่งบอกที่สุดคือ ปีนเตียง ด้วยสาเหตุดังกล่าวประกอบกับหากผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับดี จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถปีนเตียง นอนคืนไปมา หรือดิ้นรนอุปสรรคต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัด ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะอวัยวะข้างที่มีแรง หรือสามารถเคลื่อนไหวได้ดีเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Janelli et al. (1995) ที่พบว่าลักษณะของผู้ป่วยอัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรค อายุและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีอาการสับสนหรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง มีผลต่อการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล

3.2 ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล พบว่า ลักษณะนิสัยของพยาบาลวิชาชีพมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด หากพยาบาลวิชาชีพมีนิสัยอ่อนโยน ใจเย็น จะทำให้สามารถอดทนกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลที่ใจร้อน โมโหง่าย นอกจากนี้ ความสนใจในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัด แต่อาจมีข้อจำกัดเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วยแบบ 1 : 1 ซึ่งจะมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ถ้าพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบ 1 : 1 ให้ความสนใจกับผู้ป่วยสูงอายุ ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา อาจทำให้การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liukkonen และ Laitinen (1994) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสามารถนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงการผูกมัด

3.3 ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า มุมมอง ความเชื่อและทัศนคติต่อผู้ป่วยสูงอายุและการการผูกมัดมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะมีความเชื่อและทัศนคติว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นบุคคลที่หงุดหงิด โมโหง่าย ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลเป็นบางครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของพิบูลพรรณ มหาศิริพรรณ (2538) ที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และมีความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้การพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการให้การพยาบาลไม่สามารถหาวิธีอื่นมาทดแทนหรือหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งยังมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นสิ่งที่สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะทราบว่าการผูกมัดอาจก่อให้เกิดผลกระทบแก่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุก็ตาม แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่ผูกมัดผู้ป่วยแล้ว พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงเลือกการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัด ที่เป็น

เช่นนี้อาจเป็นเพราะหากพยาบาลวิชาชีพ ได้ใกล้ชิดกับญาติที่เป็นผู้สูงอายุจะได้พบเห็นพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้มีความเข้าใจและอดทนกับพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุได้มากขึ้น ในทางกลับกันก็อาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ค่อยดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะทำให้พยาบาลขาดความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุและความสามารถในการอดทนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (1999) ที่พบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของ Bower และ McCuilough (2000) ที่พบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าการผูกมัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษา

3.4 ปัจจัยด้านกายภาพ พบว่าลักษณะของหอผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากลักษณะของหอผู้ป่วยมีผลต่อความสะดวกในการทำงาน หากเคาน์เตอร์พยาบาลอยู่ไกลจากตัวผู้ป่วย หรืออยู่ในจุดที่มองเห็นผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสน วุ่นวาย หรือพยายามดึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา พยาบาลวิชาชีพอาจมองไม่เห็นหรือไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทัน การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นวิธีหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพเลือกใช้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถเดินไปดูแลผู้ป่วยหรือเห็นผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Janelli et al. (1995) ที่พบว่าลักษณะของหอผู้ป่วยมีผลต่อการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล กล่าวคือหากเคาน์เตอร์พยาบาลอยู่ไกลจากเตียงผู้ป่วย ทำให้พยาบาลไม่สามารถเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุได้ทันทีในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจะทำให้พยาบาลตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยไว้ก่อน นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงาน เสี่ยงรบกวนต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเสียงเตือน (alarm) มักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสูงอายุนอนดิ้นไปมาหรือพยายามปลดสาย Monitor ต่าง ๆ เสียงเหล่านี้จึงก่อให้เกิดความรำคาญแก่พยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงอาจใช้วิธีการผูกมัดเพื่อขังไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนดิ้นไปมาหรือดึงสาย Monitor ต่าง ๆ ได้ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพบางคนรู้สึกว่าการใช้เตียงที่ราวข้างเตียงไม่เหมาะสม สามารถเอลงได้ง่าย ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่สับสน (Confuse) นอนดิ้นไปมา หรือพยายามจะปีนเตียง เนื่องจากราวข้างเตียงที่สามารถเอลงได้ง่ายจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้ ดังนั้น หากเตียงที่ใช้มีลักษณะดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพจึงอาจผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น

3.5 ปัจจัยด้านองค์กร พบว่านโยบายและอัตราส่วนระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัด ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีข้อกำหนดในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุตกเตียง หรือเกิดอุบัติเหตุอันไม่คาดคิด พยาบาลผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการเขียนรายงาน จากจุดนี้จึงเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่พยาบาลต้องระมัดระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น ซึ่งวิธีหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพเชื่อว่าจะสามารถป้องกัน

ผู้ป่วยสูงอายุจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้คือการผูกมัด นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งยังมีนโยบายให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติในการผูกมัด ทำให้การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจะกระทำได้ในกรณีที่ได้รับคำสั่งจากแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้อัตราส่วนระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากในขณะที่จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลมีค่อนข้างน้อย จากความไม่สมดุลกันนี้ อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการวุ่นวาย สับสน ได้ตลอดเวลา ดังนั้น เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุจากอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น พยาบาลวิชาชีพจึงต้องผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุไว้ก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Matthiesen et al. (1996) และ Scherer et al. (1993) ที่พบว่าพยาบาลร้อยละ 17 ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ

นอกจากปัจจัยทั้ง 5 ด้านที่กล่าวมาแล้วยังพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดจึงไม่ปฏิเสธเมื่อเห็นผู้ป่วยถูกผูกมัด อีกทั้งเมื่อพยาบาลวิชาชีพอธิบายเหตุผลในการผูกมัดให้ญาติเข้าใจ ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงยอมรับวิธีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอาจเป็นการส่งเสริมให้มีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Janelli et al. (1994) ที่พบว่าความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กลัวการหกล้มและการมีทัศนคติว่าการผูกมัดเป็นสิ่งที่ทำให้คนไข้ปลอดภัย จะส่งเสริมให้มีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ ช่วงเวลาในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากช่วงเวรเช้าจะมีญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจให้ญาติเฝ้าได้โดยไม่ต้องผูกมัด เวรเช้าจึงน่าจะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดน้อยที่สุด ขณะเดียวกันในเวรบ่ายและดึกซึ่งเป็นเวลาที่ญาติเยี่ยม อีกทั้งอาการสับสนของผู้ป่วยสูงอายุมักจะเกิดในเวลากลางคืน (Sundown syndrome) ประกอบกับความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียในการทำงานของพยาบาลเวรดึก จึงอาจเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Macpherson et al. (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุจะถูกผูกมัดมากที่สุดในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 24.00 น. เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการสับสน หรือวุ่นวายในเวลากลางคืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการอบรมความรู้ด้านชนิดของการผูกมัด ผลของการผูกมัดต่อผู้ป่วยสูงอายุและสิทธิผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดทัศนคติที่ถูกต้องต่อการผูกมัด
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีนโยบายเกี่ยวกับการผูกมัดที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาล
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล
4. ผู้บริหารควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดและให้การสนับสนุนเพื่อลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีการสังเกตกิจกรรม ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลที่แตกต่างกัน
2. ศึกษาการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกศิลป์ พุทธศิลป์รสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในหน่วยงานกับ
เขาวน้อารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2543.

คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารสาธารณสุขและ โรงพยาบาล
หน่วยที่ 1 – 7. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
รุ่งเรืองธรรม, 2533.

จินตนา ยูนิพันธ์. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

จันทนา รัตนวิชัย. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม, 2536.

ณัฐมณี ผลภรณ์รัตน์. การผูกมัดผู้สูงอายุ: ปัจจัยและผลกระทบ. ในรายงานการอบรมด้านผู้สูงอายุ
และความชรา, หน้า 37 – 45. 21 – 22 มิถุนายน 2544 ณ โรงแรมวันนารามาดา
กรุงเทพมหานคร.

เดชาวุธ นิตยสุทธิ. ประชากรและการเลือกตัวอย่าง. เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัย
สำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 10.
กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2534.

ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พี.ที.เอ
เบสส์ซัพพลาย, 2536.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:
เจริญผล, 2540.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.สง่า จำกัด, 2538.

- ประคอง กรรณสูตร. สถิติศาสตร์สำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2534.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- ประนอม โอทกานนท์. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย: บทวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยระบบสาธารณสุข. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 7 (สิงหาคม 2538): 1 - 13.
- ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ประไพ น้อยจ้อย. การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์. ผลกระทบวิกฤติเศรษฐกิจต่อสุขภาพอนามัยของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2542.
- ปรีธิตา เชิดชูเกียรติสกุล. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- พิบูลพรรณ มหาศิริพรรณ. ความคิดเห็นของพยาบาลและครูที่มีต่อผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.), 2538.
- ลำไย มุสิกคามะ. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. (ม.ป.ท.), 2523.

- วราภรณ์ วงศ์กุลพิศาล. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. **วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล
สภากาชาดไทย** 21(พฤษภาคม – สิงหาคม 2539): 118 -123.
- วรรณนิภา บุญระยอง. **กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม**. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะ
เทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- วัลลภา เชยบัวแก้ว. **การวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงใน
โรงพยาบาลจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- สุภาพ วาดเขียน. **เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิด และวิธีหาคุณภาพ**.
(ม.ป.ท.), 2523.
- สุภาพ วาดเขียน. **มาตรการ และ ประเมินผลพฤติกรรม**. (ม.ป.ท.), 2532.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และ อุษาวดี จันทรสุนธิ. **การวัดและประเมินผลในชั้นเรียน: จากทฤษฎีสู่
ปฏิบัติ** เอกสารการสอนชุดวิชา สถิติวิจัยและการประเมินผลการศึกษาหน่วยที่ 1 – 5 .
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2537.
- สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุ
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2539 – 2544**.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก, 2540.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ**. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 38 (กุมภาพันธ์
2537): 75.
- สมศรี ลัจจะสกุลรัตน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน อัตมโนทัศน์ สภาพแวดล้อมทาง คลินิก
กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัย
พยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- สุภรณ์ ลิ้มวิภาวอนันต์. **เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุ และ พฤติกรรมของพยาบาลขณะมี ปฏิสัมพันธ์
กับผู้ป่วยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542.
- สิริพร ตียพันธ์. ความรู้ ทักษะและสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- อัญชลี โมกขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพและการคล้อยตามกลุ่ม
อ้างอิงกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของ
รัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- อาภา ใจงาม. มโนคติในการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Allender, J.A., Rector, C.L. **Readings in Gerontological Nursing**. Lippincott: NewYork,1998.
- Allen, L.A. Treating Agitation Without Drugs. **American Journal of Nursing** 96 (April 1999): 36 – 41.
- Barnes, R., Raskind, M. Strategies for diagnosing and treating agitation in the aging. **Geriatric** 35 (March 1980): 111 – 119.
- Beverly, J.R., Lucile, A.W. **Nursing Skills for Clinical Practice**. 3rd edition. Philadelphia: W.B. Saunders,1982.
- Bryant, H., Fernald, L. Nursing Knowledge and Use of Restraint Alternatives: Acute and Chronic Care. **Geriatric Nursing** 18 (March/April 1997): 57 – 60.
- Billing, N., Cohen – Mansfield, Agitated Behaviors in the Elderly. **Journal of the American Geriatrics Society** 34 (December 1986): 711 – 721.
- Brungardt, G.S. Patient Restraints: New Guidelines for a Less Restrictive Approach. **Geriatrics** 49 (June 1994): 43 – 50.
- Bryant, H., Fernald, L. Nursing Knowledge and Use of Restraint Alternatives: Acute and Chronic Care. **Geriatrics Nursing** 18 (march/April 1997): 57 – 60.
- Blakeslee, J.A. Goldman, B.D., Papougenis, D., Torell, C.A. Making the Transition to Restraint Free Care. **Journal of Gerontological Nursing** 17 (February 1991): 4 – 8.
- Bower, F.L., McCullough, C.S. Restraint Use in Acute Care Settings. **The Journal of Nursing Administration** 30 (December 2000): 592 – 597.
- Bock, K., Schilder, E. Physical Restraints. **The Canadian Nurse** 84 (August 1988): 34 – 37.
- Campbell, C.K., Hughes, A.M. The use of Functional Consequences theory in Acutely Confused Hospitalized Elderly. **Journal of Gerontological Nursing** 22 (January 1996): 27 – 36.
- Carl, S. Treatment of the Elderly Agitated Patient. **Journal Clinical Psychiatry** 48 (May 1987): 19 – 22.
- Chien, W. Use of Physical Restraints on Hospitalized Psychogeriatric Patients. **Journal of Psychosocial Nursing** 38 (February 2000): 13 – 22.

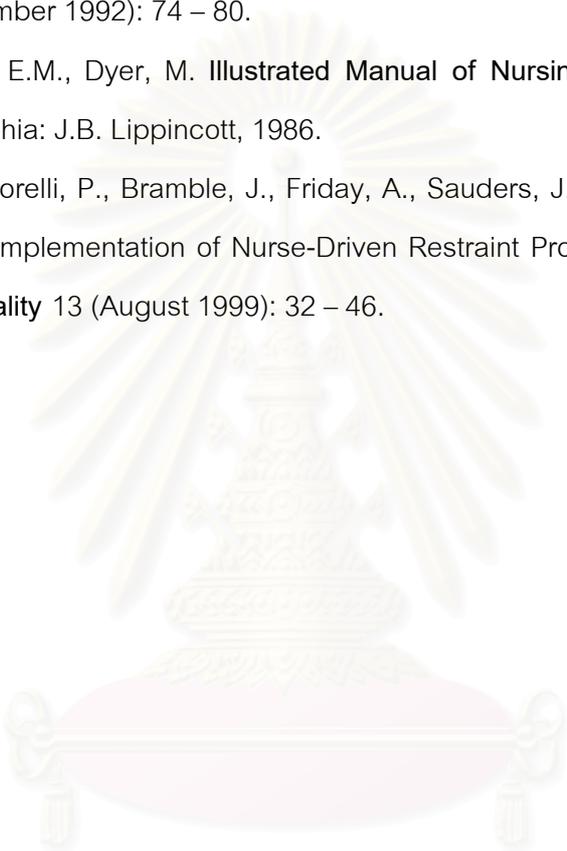
- Cohen – Mansfiel, J., Billing, N. Agitated Behaviors in the Elderly. **Journal of the American Geriatrics Society** 34 (October 1986): 711 – 721.
- Cole, G. **Basic Nursing Skills and Concepts**. Missouri: Mosby, 1991.
- Cruz, V., Abdul – hamid, M., Heater, B. Research – Based Practice: reducing restraints in an acute care setting – phase 1. **Journal of Gerontological Nursing** 23 (February 1997): 31 – 39.
- Domahue, A., Martin, S.G. **Individual Decision Making in Nursing**. Boston: International Thomson, 1996.
- Dewit, S.C. **Essentials of Medical – Surgical Nursing**. 4th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.
- Ebersole, P., Hess, P. **Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response**. 3rd edition. St Louis Missouri: C.V. Mosby, 1990.
- Elkin, M.K., Perry, A.G., Potter, P.A. **Nursing Intervention & Clinical Skills**. 2nd edition. Missouri: Mosby, 2000.
- Evans, L.K., Strumpf, N.E. Tying Down the Elderly: A Review of the literature on Physical Restraint. **Journal of the American Geriatrics Society** 36 (January 1989): 65 – 74.
- Evans, L.K., Strumpf, N.E. Myths about Elder Restraint. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 22 (Spring 1990): 124 – 128.
- Fordyce ,M. **Geriatric Pearls**. California: Book promotion and Service, 1999.
- Foreman, M.D., Zane, D. Nursing Strategies for Acute Confusion in Elders. **American Journal of Nursing** 96 (April 1996): 44 – 51.
- Foreman, M.D., Grabowski, R. Diagnostic Dilemma: Cognitive Impairment in the Elderly. **Journal of Gerontological Nursing** 18 (September 1992): 5 – 12.
- Gallo, J.J., Busby – Whitehead, J., Rabins, P.V., Silliman, C.A. and Murphy, J.B. **Reichel's Care of the Elderly: Clinical Aspects of Aging**. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1995.
- Gerdner, L.A., Buckwalter, K.C. A Nursing Challenge Assessment and Management of Agitation in Alzheimer's Patients. **Journal of Gerontological Nursing** 20 (April 1994): 11 – 18.

- Hardin, S.B., Magee, R., Stratmann, D., Vinson, M.H.Owen, M., Hyatt, E.C. Extended care and nursing home staff attitudes toward restraints. **Journal of Gerontological Nursing** 20 (March 1994): 23 – 31.
- Hantikainen, V., Kappeli, S. Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision – making. **Journal of Advanced Nursing** 32 (June 2000): 1196 – 1205.
- Hopkin, D.K. **Educational and Psychological Measurement and Evaluation**. 8th edition. United States of America: Allyn & Bacon, 1998.
- Hellwig, K. Alternatives to Restraints. **Home Healthcare Nurse** 18 (June 2000): 395 – 402.
- Janelli, L.M., Scherer, Y.K., Kanski, G.W., Neary, M.A. What Nursing Staff Members Really Know About Physical Restraints. **Rehabilitation Nursing** 16 (November – December 1991): 345 – 348.
- Janelli, L.M., Dickerson, S.S., Ventura, M.R. **Focus Groups Nursing Staffs Experiences Using Restraints**. *Clinical Nursing Research* 4 (November 1995): 425 – 441.
- Kayser – Jones, J. Culture Environment and Restraints: A Conceptual Model for Research and practice. **Journal of Gerontological Nursing** 18 (November 1992): 13 – 20.
- Kovach, C.R., Wilson, S.A. **Gerontological Nursing**. Philadelphia: F.A.Davis Company, 1999.
- Lammon, C.B., Foote, A.W., Leli, P.G., Ingle, J., Adam, M.H. **Clinical Nursing Skills**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.
- Leigh, W.E., Doherty, M.E. **Decision support and expect systems**. Cincinnati: South – Western Publishing Co, 1986.
- Lee, D., Chan, M.C.Tam, E.P.Yeung, W.S. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing** 29 (January 1999): 153 – 159.
- Liukkonen, A., Laitinen, P. Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. **Journal of Advanced Nursing** 19 (June 1994): 1082 – 1087.
- Lofland, J. **Analyzing Social Settings**. Belmont: Wadsworth, 1971.

- Long, T.A., Gomberg, S.M. **Critical Care in Decision Making in Nursing**. Boston: International Thomson, 1996.
- Maas, M.L., Specht, J.P. **Nursing Care of Older Adults**. St.Louis: Mosby, 2001.
- Macpherson, D.S., Lofgren, R.P., Granieri, R., Myllenbeck, S. Deciding to Restrain Medical Patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 38 (May 1990): 516– 520.
- Marangos – Frost, S., Wells, D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. **Journal of Advanced Nursing** 31 (February 2000): 362– 369.
- Marks, W. Physical Restraints in the Practice of Medicine. **Practice of Medicine** 152(November 1992): 2203 – 2206.
- Matthiesen, V., Lamb, K.V., McCann, J., Smith, L.H., Walton, J.C. Hospital Nurses Views About Physical Restraint Use With Older Patients. **Journal of Gerontological Nursing** 22 (June 1996): 8 – 16.
- Mayhew, P.A., Christy, K., Berkebile, J., Miller, C.,Farrish, A. Restraint Reduction : Research Utilization and Case Study with Cognitive Impairment. **Geriatric Nursing** 20 (Nov/Dec 1999): 305 – 308.
- Mion, L.C., Frengley, D., Jakovcic, C.A., Marino, J.A. A Further Exploration of the Use of Physical Restraints in Hospitalized Patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 37 (October 1989): 949 – 956.
- Mion, L.C. Strumpf, N. Use of Physical Restraints in the Hospital Setting: Implications for the Nurse. **Geriatric Nursing** 15 (May – June 1994): 127 – 131.
- Quinn, C.A. The Four A'S of Restraint Reduction: Attitude, Assessment, Anticipation, Avoidance. **Orthopaedic Nursing** 13 (March/April 1994): 11 – 19.
- Rader, J. Modifying the Environment to Decrease Use of Restraints. **Journal of Gerontological Nursing** 17 (February 1991): 9 – 13.
- Ramprogus, V. Assessing Restraints. **Nursing Times** 87 (June 1991): 45 – 47.
- Rakick, J.S., Longest, B.B., Dare, K. **Managing health services organization**. Philadelphia: W.B.Saunders, 1982.

- Robbins, L.J., Boyko, E., Lane, J., Jahnigen, D.W. Binding the Elderly: A Prospective Study of the Use of Mechanical Restraints in an Acute Care Hospital. **Journal of the American Geriatrics Society** 35 (April 1987): 290 – 296.
- Roger, P.D., Bocchino, N.L. Is It Possible. **American Journal of Nursing** 99 (October 1999): 27 – 34.
- Roper, J.M., Shapira, J., Chang, B.L. Agitation in the Demented Patient. **Journal of Gerontological Nursing** 17 (March 1991): 17 – 20.
- Scherer, Y.K., Janelli, L.M., Kanski, G.W., Neary, M.A., Morth, N.E. The Nursing Dilemma of Restraints. **Journal of Gerontological Nursing** 17 (February 1991): 14 – 17.
- Scherer, Y.K., Janelli, L.M., Bill Wu, Y., Kuhn, M.M. Restrained patients : An important issue for critical care nursing. **Heart & Lung** 22 (Jan/Feb 1993): 77 – 83.
- Stilwell, E.M. Nurses Education Related to the use of Restraints. **Journal of Gerontological Nursing** 17 (February 1991): 23 – 26.
- Sundel, M., Garrett, R.M., Horn, R.D. Restraint Reduction in a Nursing Home and Its Impact on Employee Attitudes. **Journal of the American Geriatrics Society** 42 (April 1994): 381 – 387.
- Stanley, M., Beare, P.G. **Gerontological Nursing**. Philadelphia: F.A.Davis Company, 1995.
- Strumpf, N.E., Evans, L.K., Wagner, J., Patterson, J. Reducing Physical Restraints: Developing an Educational Program. **Journal of Gerontological Nursing** 18(November 1992): 21 – 27.
- Swauger, K.C., Tomlin, C.C. Moving Toward Restraint Free Patient Care. **The Journal of Nursing Administration** 30 (June 2000): 325 – 329.
- Stanley, M., Beare, P.G. **Gerontological Nursing**. Philadelphia: F.A.Davis Company, 1999.
- Struble, L.M., Sivertsen, L. Agitation behaviors in confused elderly patients. **Journal of Gerontological Nursing** 13 (November 1987): 40 – 44.
- Thomas, A., Redfern, L., John, R. Perceptions of Acute Care Nurses in the use of restraints. **Journal of Gerontological Nursing** 21 (June 1995): 32 – 37.
- Thomas, D.R. Assessment and management of agitation in the elderly. **Geriatrics** 43(June 1988): 45 – 53.

- Tilden, V.P. Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health** 8 (August 1985): 199 – 206.
- Werner, P., Cohen – Mansfield, J., Koroknay, V., Braun, j. Reducing restraints Impact on Staff Attitudes . **Journal of Gerontological Nursing** 20 (December 1994): 19 – 23.
- Weick, M.D. Physical Restraints: An FDA Update. **American Journal of Nursing** 92(November 1992): 74 – 80.
- Weick, L., King, E.M., Dyer, M. **Illustrated Manual of Nursing Techniques**. 3rd edition. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986.
- Winston, P.A., Morelli, P., Bramble, J., Friday, A., Sauders, J.B. Improving Patient Care through Implementation of Nurse-Driven Restraint Protocols. **Journal of Nursing Care Quality** 13 (August 1999): 32 – 46.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



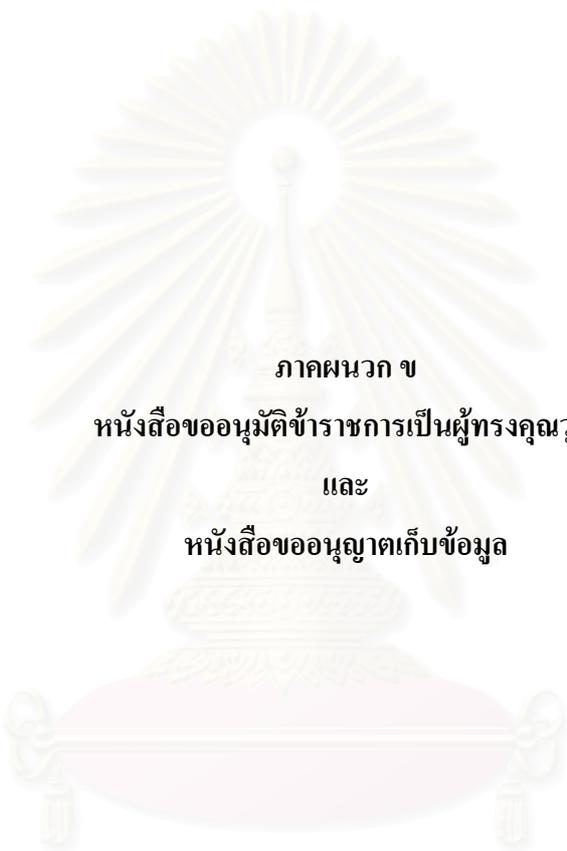
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนาม	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผศ.ดร. กนกพร สุคำวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. พ.ต.ท. หญิงดวงสมร เหววิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
3. รศ. ประคอง อินทรสมบัติ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุมัติข้าราชการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
และ
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สุคำวัง

งานจัดการศึกษา โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร (02) 2189831

ชื่อนิสิต นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ โทร. (02) 3220555

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2545

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ

งานจัดการศึกษา

โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร (02) 2189831

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2545

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เนื่องด้วย นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี อาจารย์ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้นิสิตจำเป็นต้องดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานจัดการศึกษา

โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร (02) 2189831



ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1.1 คำนวณหาดัชนีอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

$$\text{ดัชนีอำนาจจำแนก} = \frac{R_h - R_l}{N/2}$$

R_h = จำนวนคนที่ตอบข้อสอบได้ถูกต้องในกลุ่มสูง

R_l = จำนวนคนที่ตอบข้อสอบได้ถูกต้องในกลุ่มต่ำ

N = จำนวนคนทั้งหมด

1.2 คำนวณหาดัชนีความยากง่ายของแบบวัดความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

$$\text{ดัชนีความยากง่าย} = \frac{R_h + R_l}{N}$$

R_h = จำนวนคนที่ตอบข้อสอบได้ถูกต้องในกลุ่มสูง

R_l = จำนวนคนที่ตอบข้อสอบได้ถูกต้องในกลุ่มต่ำ

N = จำนวนคนทั้งหมด

1.3 คำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้สูตร KR – 20

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right)$$

n = จำนวนข้อ

p = สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

1.4 กำหนดหาดัชนีอำนาจจำแนกของแบบวัดทัศนคติและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย ผู้สูงอายุ

$$t = \frac{X_{\text{สูง}} - X_{\text{ต่ำ}}}{\sqrt{\frac{S_{\text{สูง}}^2}{n_{\text{สูง}}} + \frac{S_{\text{ต่ำ}}^2}{n_{\text{ต่ำ}}}}}$$

$X_{\text{สูง}}$ = คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$X_{\text{ต่ำ}}$ = คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ

$S_{\text{สูง}}^2$ = คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง

$S_{\text{ต่ำ}}^2$ = คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ

n = จำนวนคนในแต่ละกลุ่มซึ่งเท่ากัน

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}} \times 100$$

2.2 ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

\bar{X} = ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N = จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยไคสแควร์

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

O_{ij} = ความถี่ของข้อมูลในแถวที่ i และสดมภ์ที่ j

E_{ij} = ความถี่ที่เป็นไปตามสมมติฐานในแถวที่ i และสดมภ์ที่ j

r = จำนวนแถว

c = จำนวนสดมภ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเลขที่ □□□□

แบบวัดความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ”

แบบวัดมีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะคิดของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
- ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติของพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการให้พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีการผูกมัดมีความเหมาะสมดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อท่าน

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบวัดเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์)

นิติตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าคำตอบที่ตรงกับท่านเพียงคำตอบเดียว และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี เพศ.....

2. ท่านนับถือศาสนา

- พุทธ
- คริสต์
- อิสลาม
- อื่นๆ.....

3. สถานภาพสมรส

- โสด
- คู่
- หย่า
- อื่นๆ.....

4. ระดับการศึกษา

- ปริญญาตรี
- ปริญญาโท
- สูงกว่าปริญญาโท

5. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

- อายุรกรรม
- ศัลยกรรม
- หออภิบาลผู้ป่วยหนัก

6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

- น้อยกว่า 4 ปี
- 4 – 7 ปี
- 8 – 10 ปี
- มากกว่า 10 ปี

ส่วนที่ 2
ความรู้ด้านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงหน้าคำตอบข้อที่ตรงกับท่านหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบผิวหนังอย่างไร
 - ก. มีน้ำและไขมันใต้ผิวหนังเพิ่มมากขึ้น
 - ข. ผิวหนังบางลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง
 - ค. ผิวหนังหนาขึ้น ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่เปลี่ยนแปลง
 - ง. ต่อมเหงื่ออาจทำงานเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง
2. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างไร
 - ก. น้ำในไขข้อเพิ่มมากขึ้น
 - ข. มีการเสื่อมของกระดูกเพิ่มขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและแตกหักง่าย
 - ค. หมอนรองกระดูกหนาขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก
 - ง. เนื้อเยื่อพังผืดลดน้อยลง ทำให้จำนวนของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น
3. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจ และ หลอดเลือดอย่างไร
 - ก. อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น
 - ข. ลิ้นหัวใจบางลง ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบ
 - ค. หลอดเลือดแดงแข็งตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก
 - ง. ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ยกเว้น สมอง หัวใจ และไต
4. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจอย่างไร
 - ก. การซึมซาบของเลือดและก๊าซผ่านถุงลมเพิ่มมากขึ้น
 - ข. จำนวนถุงลมลดลง ทำให้ความจุของปอดเพิ่มมากขึ้น
 - ค. การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมเพิ่มมากขึ้น
 - ง. การขยายตัวของผนังทรวงอกลดลง ทำให้นอนราบหายใจไม่สะดวก
5. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารอย่างไร
 - ก. การดูดซึมแคลเซียมเพิ่มมากขึ้น
 - ข. ความไวต่อการรับรสและรับกลิ่นเพิ่มมากขึ้น
 - ค. น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น
 - ง. การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารช้าลง

ส่วนที่ 3

ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือทำข้อย่อยการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจที่จะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทำให้ท่านปฏิบัติตาม การพยาบาลได้ง่ายขึ้น
2. การผูกมัดไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทาง ร่างกายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ
3. การผูกมัดไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางจิตใจ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ
4. การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุช่วยลดระยะเวลา ในการให้การพยาบาล
5. การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุช่วยลดค่าใช้จ่ายใน การให้การพยาบาล เช่นกรณีดึงสายให้สาร ละลายทางหลอดเลือดดำ
6. การผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะ ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น
7. การผูกมัดอาจก่อให้เกิดอันตรายจนถึง แก่ชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้
8. การผูกมัดช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วยสูงอายุได้
9. ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยสูงอายุท่านจะปฏิเสธการ ผูกมัด

ส่วนที่ 4

การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือท้ายข้อรายการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ (ในกิจกรรมดังกล่าวท่านปฏิบัติ $\geq 80\%$ ขึ้นไป)

มาก หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (ในกิจกรรมดังกล่าวท่านปฏิบัติ $\geq 60\%$ ขึ้นไป)

ปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ในกิจกรรมดังกล่าวท่านปฏิบัติ $\geq 40\%$ ขึ้นไป)

น้อย หมายถึง ท่านปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ในกิจกรรมดังกล่าวท่านปฏิบัติ $\geq 20\%$ ขึ้นไป)

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยที่สุด (ในกิจกรรมดังกล่าวท่านปฏิบัติ $\leq 20\%$ ขึ้นไป)

การปฏิบัติในการผูกมัดผู้สูงอายุ	การปฏิบัติจริงที่ทำ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด
2. ท่านพยายามหาทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด
3. ท่านอธิบายเหตุผลในการผูกมัดให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติฟังทุกครั้งก่อนที่จะทำการผูกมัด
4. ท่านจดบันทึกเหตุผลในการปฏิบัติผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทุกครั้งก่อนการผูกมัด
5. ท่านมีการวางแผนกำหนดระยะเวลาในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ
6. ท่านเลือกชนิดและขนาดของอุปกรณ์ในการผูกมัดตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ
7. ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด
8. ท่านประเมินลักษณะของผิวหนังและการไหลเวียนโลหิต บริเวณที่จะผูกมัดก่อนการผูกมัด
9. ท่านตรวจเช็คผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกมัดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง



ภาคผนวก จ

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 ข้อ

ลำดับข้อ	อำนาจจำแนก	ระดับความยากง่าย
1	0.21	0.26
2	0.26	0.31
3	0.22	0.28
4	0.21	0.24
5	0.22	0.24
6	0.25	0.22
7	0.41	0.41
8	0.32	0.43
9	0.42	0.61
10	0.20	0.54
11	0.23	0.52
12	0.21	0.51
13	0.24	0.72
14	0.61	0.38
15	0.43	0.29
16	0.22	0.20
17	0.22	0.38
18	0.24	0.71
19	0.61	0.34
20	0.27	0.32
21	0.42	0.21
22	0.21	0.71
23	0.38	0.46
24	0.21	0.52
25	0.24	0.28
26	0.41	0.42
27	0.28	0.71
28	0.42	0.52

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ (ต่อ)

ลำดับข้อ	อำนาจจำแนก	ระดับความยากง่าย
29	0.26	0.71
30	0.25	0.73



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือเพื่อวัดทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ลำดับข้อ	อำนาจจำแนก
1	0.40
2	0.38
3	0.42
4	0.56
5	0.24
6	0.39
7	0.26
8	0.22
9	0.32
10	0.44
11	0.45
12	0.26
13	0.29
14	0.31
15	0.40
16	0.45
17	0.32
18	0.46
19	0.22
20	0.26

ดัชนีแสดงคุณภาพของเครื่องมือเพื่อวัดการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ

ลำดับข้อ	อำนาจจำแนก
1	0.24
2	0.31
3	0.22
4	0.61
5	0.71
6	0.24
7	0.33
8	0.49
9	0.62
10	0.55
11	0.42
12	0.22
13	0.26
14	0.31
15	0.35
16	0.38
17	0.41
18	0.21
19	0.45
20	0.44
21	0.38
22	0.27
23	0.24
24	0.56
25	0.61



ภาคผนวก จ
ตารางแสดงคะแนนความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย
สูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบผิวหนังอย่างไร	293	97.0
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างไร	299	99.0
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างไร	273	90.3
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบทางเดินหายใจอย่างไร	256	84.8
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบทางเดินอาหารอย่างไร	289	95.7
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบทางเดินปัสสาวะอย่างไร	284	94.0
ข้อใดไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุ	276	91.3
วิธีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแบบใดที่เหมาะสมที่สุด	145	48.0
การผูกมัดแบบใดที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ ป่วยสูงอายุมากที่สุด	92	30.4
ปัจจัยจากพยาบาลที่ก่อให้เกิดการผูกมัดที่เหมาะสม มากที่สุด	265	84.1
ชายไทยอายุ 65 ปี สุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ครั้งนี้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากหกล้ม กระดูกต้นขาหัก ได้รับการผ่าตัดเมื่อ 2 วันที่ผ่านมา วันนี้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด พูดจากราว และปฏิเสธการรักษาโดยไม่ ยอมรับประทานยา พยายามดึงสายน้ำ เกลือ ถ้าท่านเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ ป่วย ท่านจะปฏิบัติอย่างไรเป็นอันดับแรก	254	84.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพฤติกรรมโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและอาจส่งผลต่อการผูกมัดมากที่สุด	236	78.1
เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่เหมาะสมที่สุด	173	57.2
ชายไทยอายุ 70 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ผู้ป่วยนอนดิ้นไปมาพยายามลุกจากเตียงและดึงสายน้ำเกลือ สายให้อาหาร ท่านคิดว่าควรให้การพยาบาลอย่างไรที่ไม่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยรายนี้	98	32.5
ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัด พยาบาลควรมีการตรวจเช็กบริเวณที่ถูกผูกมัดอย่างไร	164	54.3
ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัด พยาบาลควรมีการคลายการผูกมัดอย่างไร	219	72.5
สิ่งสำคัญที่สุดที่พยาบาลควรทราบก่อนการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	229	75.8
ก่อนการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ สิ่งใดที่ท่านควรทำเป็นอันดับแรก	251	83.1
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง	184	60.9
ในระหว่างการผูกมัด สิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอคือ	235	77.8
สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติหากผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุบริเวณข้อมือ	108	35.8
ภายหลังจากการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ สิ่งที่ท่านควรทำเป็นอันดับแรก	201	66.6
ท่านคิดว่าการผูกมัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุในเรื่องใดเร็วที่สุด	27	8.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การผูกมัดส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เลือดในข้อใดมากที่สุด	136	45.0
ผลกระทบจากการผูกมัดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุ	78	25.8
ข้อใดไม่ใช่ผลกระทบจากการผูกมัดที่เกิดขึ้นแก่ ระบบขับถ่าย	243	80.5
ข้อใดไม่ใช่ผลกระทบจากการผูกมัดที่เกิดขึ้นแก่ ระบบประสาท	107	35.4
การผูกมัดส่งผลกระทบต่อสภาพจิตผู้ป่วยสูงอายุที่ สำคัญที่สุดคือ	189	62.6
ข้อใดไม่ใช่สาเหตุสำคัญที่ทำให้การผูกมัดส่งผล กระทบต่อสภาพจิตผู้ป่วยสูงอายุ	141	46.7
ท่านจะปฏิบัติอย่างไรที่ช่วยป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ ป่วยสูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางการ รับรู้และต้องได้รับการผูกมัด	123	40.7

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ

ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	X	SD	ระดับ
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทำให้ท่านปฏิบัติการพยาบาลได้ง่ายขึ้น	3.36	0.96	ดีพอใช้
การผูกมัดไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ	2.09	1.07	ไม่ดีอย่างยิ่ง
การผูกมัดไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุ	1.78	1.04	ไม่ดีอย่างยิ่ง
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุช่วยลดระยะเวลาในการให้การพยาบาล	3.04	1.03	ดีพอใช้
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุช่วยลดค่าใช้จ่ายในการให้การพยาบาล	3.30	1.14	ดีพอใช้
การผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น	2.66	0.88	ดีพอใช้
การผูกมัดอาจก่อให้เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้	3.30	1.07	ดีพอใช้
การผูกมัดช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้	4.09	0.68	ดีมาก
ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยสูงอายุท่านจะปฏิเสธการผูกมัด	2.39	0.87	ไม่ดี
หากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสับสนวุ่นวาย ควรผูกมัดผู้ป่วยไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัย	3.91	0.74	ดีมาก
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ	1.86	0.75	ไม่ดี
หากท่านไม่แน่ใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ ท่านจะตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยไว้ก่อน	3.11	0.97	ดีพอใช้
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุทำให้ท่านต้องปฏิบัติงานด้วยความรอบคอบมากขึ้น	2.09	0.74	ไม่ดี

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	X	SD	ระดับ
ท่านจะผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อท่านคิดว่าไม่สามารถหาวิธีการอื่น ๆ ที่เหมาะสมได้	1.84	0.68	ไม่ดี
ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	1.94	0.77	ไม่ดี
การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง	2.24	0.89	ไม่ดี
จากประสบการณ์ของท่านการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย	3.44	0.85	ดีพอใช้
การผูกมัดทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง	1.91	0.65	ไม่ดี
หากมีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกวิธีในขณะที่ถูกผูกมัด การผูกมัดจะไม่ก่อให้เกิดอันตราย	4.34	0.61	ดีมาก
ท่านเลือกวิธีการผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายในการจัดการกับพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุเอง	1.75	0.68	ไม่ดี

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุจำแนกเป็นรายชื่อ

การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	X	SD	ระดับ
ท่านประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด	4.39	0.65	ดีมาก
ท่านพยายามหาทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนการผูกมัด	4.28	0.67	ดีมาก
ท่านอธิบายเหตุผลในการผูกมัดให้ผู้ป่วยสูงอายุและ ญาติฟังทุกครั้งก่อนที่จะทำการผูกมัด	4.38	0.68	ดีมาก
ท่านจดบันทึกเหตุผลในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยสูง อายุทุกครั้งก่อนการผูกมัด	3.31	1.13	ดี
ท่านมีการวางแผนกำหนดระยะเวลาในการผูกมัดผู้ ป่วยสูงอายุ	3.45	0.98	ดี
ท่านเลือกชนิดและขนาดของอุปกรณ์ในการผูกมัด ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ	3.94	0.81	ดีมาก
ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผูกมัด	4.01	0.74	ดีมาก
ท่านประเมินลักษณะของผิวหนังและการไหลเวียน โลหิตบริเวณที่จะผูกมัดก่อนการผูกมัด	4.12	0.68	ดีมาก
ท่านตรวจเช็คผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกมัดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	3.92	0.80	ดีมาก
ท่านคลายการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	3.65	0.89	ดีมาก
ท่านตรวจเช็คสัญญาณชีพทุก 60 นาทีตลอดเวลาที่มี การผูกมัด	3.12	0.99	ดี
ท่านดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เปลี่ยนท่าการนอนทุก 2 ชั่วโมง	4.52	0.62	ดีเยี่ยม
ท่านตรวจเช็คการไหลเวียนโลหิตบริเวณส่วนปลาย ของอวัยวะที่ถูกผูกมัดทุก 30 นาที	3.11	0.93	ดี
ท่านนวดผิวหนังบริเวณที่มีการผูกมัด	2.96	0.92	ดี

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ	X	SD	ระดับ
ท่านมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุบ่อยๆ ในขณะที่ถูกผูกมัด	3.76	0.74	ดีมาก
ท่านดูแลไม่ให้มีการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุแน่นหรือหลวมเกินไป	4.29	0.59	ดีมาก
ท่านให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่ถูกผูกมัด	3.92	0.71	ดีมาก
ท่านประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุตลอดเวลาที่ถูกผูกมัด	3.96	0.65	ดีมาก
ท่านประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการคลายการผูกมัด	3.94	0.72	ดีมาก
ท่านประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการคลายการผูกมัด	3.83	0.76	ดีมาก
ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการคลายการผูกมัด	3.93	0.71	ดีมาก
ท่านวางแผนการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการคลายการผูกมัด	3.58	0.80	ดีมาก
ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูการทำงานของอวัยวะส่วนที่ถูกผูกมัด	3.71	0.79	ดีมาก
ท่านผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยตนเอง	3.45	0.84	ดี
หากท่านไม่ได้ผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุด้วยตนเองท่านได้แนะนำวิธีการปฏิบัติและการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยสูงอายุถูกผูกมัดแก่บุคลากรอื่นๆ	3.50	0.88	ดีมาก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์ เกิดวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2515 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2537 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2543 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิภาวดี 2



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย