

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
 - 1.1 ความหมายของออร์โธปิดิกส์
 - 1.2 ปัญหากระดูกหักและข้อเคลื่อน
 - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
 - 1.4 การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
2. ความเสี่ยง
 - 2.1 ความหมายของความเสี่ยง
 - 2.2 สาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
 - 2.3 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย
 - 2.4 ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออร์โธปิดิกส์
3. การบริหารความเสี่ยง
 - 3.1 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
 - 3.2 ความเป็นมาของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 3.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 3.3.1 การค้นหาความเสี่ยง
 - 3.3.2 การประเมินความเสี่ยง
 - 3.3.3 การจัดการกับความเสี่ยง
 - 3.3.4 การประเมินผล
 - 3.4 การบริหารความเสี่ยงกับการประกันคุณภาพการพยาบาล
4. การบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 4.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม
 - 4.2 แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

1.1 ความหมายของออร์โธปิดิกส์

ออร์โธปิดิกส์ (Orthopaedics) เป็นศัพท์ที่มาจากภาษากรีก 2 คำคือ "Orthos" กับ "Paidios" Orthos แปลว่าตรง Paidios แปลว่าเด็ก เมื่อรวมกันจึงแปลว่าทำให้เด็กตรง หรือหมายถึงการแก้ไขส่วนพิการต่างๆ ของเด็กให้ตรง คำว่า Orthopaedics ตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1741 โดย ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ Nicolus Andry (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และคณะ, 2539)

ความหมายเดิมของวิชาออร์โธปิดิกส์แคบมาก เมื่อเทียบกับความหมายในปัจจุบัน ในสมัยก่อนออร์โธปิดิกส์มีความหมายเพียงให้การรักษา และป้องกันความพิการของที่เกิดขึ้นเฉพาะในเด็กเท่านั้น ในปัจจุบันมีความหมายรวมถึงโรค และการบาดเจ็บของระบบที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลต่อกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อเส้นประสาทและเนื้อเยื่ออื่นๆ รวมทั้งการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอาชีพพร้อมด้วย เป็นการคงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและดำรงชีวิตประจำวันอยู่ได้

ปัจจุบันโรคทางออร์โธปิดิกส์ จำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่คือ

1. โรคของกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อ เอ็น และประสาทที่เกี่ยวข้อง (Nontraumatic orthopaedics) เช่นการติดเชื้ของกระดูก วัณโรคของกระดูกและข้อ โรคข้ออักเสบชนิดต่างๆ โรคปวดหลัง ความพิการต่างๆ
2. โรคกระดูกหัก ข้อเคลื่อน และข้อแพลง (Traumatic orthopaedics)

1.2 ปัญหากระดูกหักและข้อเคลื่อน

ปัญหากระดูกหัก (Fracture) และข้อเคลื่อน (Dislocation) เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก เนื่องจากในปัจจุบันความเจริญทางวิทยาศาสตร์มีมากขึ้น ถนนมีสภาพดี รถมีความเร็วสูงทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาผู้เจ็บป่วยกระดูกหักจึงมีมากขึ้นตามไปด้วย การให้การรักษายาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้กระดูกติดกันได้เร็ว ไม่มีโรคแทรกซ้อนในภายหลัง ทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งช่วยลดเวลาในการรักษาพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย

กระดูกหัก หมายถึงการที่ส่วนประกอบของกระดูกแตกแยกออกจากกัน อาจเป็นการแตกแยกโดยสิ้นเชิง หรือยังมีส่วนที่ติดอยู่บ้างก็ได้

กระดูกหักแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. กระดูกหักไม่มีบาดแผล ((Closed fracture) หมายถึงกระดูกที่หักแล้วไม่มีบาดแผลทะลุจากรอยกระดูกที่หักถึงผิวหนังภายนอก

2. กระดูกหักมีบาดแผล ((Opened or Compound fracture) หมายถึงกระดูกหักที่มีทางติดต่อระหว่างผิวหนังภายนอกกับกระดูกที่หัก ซึ่งมีโอกาสจะได้รับเชื้อโรคเข้าไปในกระดูกได้ง่าย เช่นถูกยิงหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรงจนกระดูกหักและทะลุออกมาภายนอก ในรายที่ไม่มีกระดูกทะลุออกมาให้เห็นจะทราบว่าเป็น Opened fracture โดยสังเกตลักษณะของเลือดที่ไหลออกมาจะมีก้อนไขมัน (fatty blood) ปนออกมาด้วย

อาการและอาการแสดงของกระดูกหัก

1. เมื่อมีการหักของกระดูก ทำให้เกิด

1.1 กดเจ็บบริเวณกระดูกหัก

1.2 มีการเคลื่อนไหวผิดปกติและเจ็บปวดมากเมื่อเคลื่อนไหวกระดูก

ชั้นนั้น

1.3 เสียงกระดูกเสียดสีกันเมื่อจับโยก (crepitus)

2. ซิ่นของกระดูกที่หักเคลื่อนออกจากกัน ทำให้เกิด

2.1 ความพิการ เช่น กระดูกโก่ง ช้อนเกยกัน หมุนออก หรือกระดูกสั้น

เข้า

2.2 สูญเสียหน้าที่

3. เนื้อเยื่อโดยรอบได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิด

3.1 ความเจ็บปวดและกดเจ็บบริเวณกระดูกหัก ซึ่งเกิดจากการหดเกร็ง

ของกล้ามเนื้อ

3.2 มีบาดแผลและเลือดออก อาจเป็นชนิดออกมาข้างนอก หรือเข้าไป

ในชั้นกล้ามเนื้อ ทำให้มีการบวม รอยฟกช้ำ เลือดซึมใต้ผิวหนังเป็นจ้ำๆ ในรายที่มีเลือดออกมาก อาจถึงขั้นช็อคได้

3.3 อวัยวะส่วนนั้นเป็นอัมพาตหรือขาดเลือดมาเลี้ยง

3.4 อวัยวะภายในได้รับอันตราย เช่นสมอง ม้าม ปอด กระเพาะ

ปัสสาวะ

การรักษากระดูกหักมีหลักดังนี้

1. Reduction คือการจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ มี 2 วิธีคือ

1.1 การจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่โดยไม่ทำผ่าตัด (Closed reduction) แบ่ง

เป็น 2 วิธีคือ

1.1.1 การดึงด้วยมือ (manipulation) หมายถึงการดึงโดยใช้มือของ

แพทย์ผู้ทำการรักษา เป็นวิธีที่ใช้กันมากสำหรับกระดูกหักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เช่นกระดูกหักที่มีการโก่งแต่ซิ่นกระดูกยังติดกันอยู่ การดึงอย่างง่ายๆ ทำให้กระดูกตรงได้ ในกรณีที่มีข้อเคลื่อนหรือ

ข้อหลุดก็ใช้การดึงทำให้ข้อที่หลุดเข้าที่ได้ การดึงอาจต้องใช้ยาสลบเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว หรือให้ sedative เพื่อลดความเจ็บปวด ภายหลังกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนเข้าที่แล้วเข้าเฝือกปูนไว้เพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง และถ่ายภาพรังสีดูเพื่อให้แน่ใจว่ากระดูกอยู่ในแนวที่ดี หรือข้อที่หลุดเข้าที่ดีแล้ว

1.1.2 การดึงโดยใช้น้ำหนักถ่วง (traction) เป็นการดึงติดต่อกัน (continuous traction) ทำในรายที่ขึ้นกระดูกที่หักมีการเคลื่อนที่หรือข้อเอนกัยกัน หรือมีการโก่งมากเกินไป และบริเวณนั้นบวมมากไม่เหมาะสำหรับทำ manipulation หรือทำผ่าตัด การทำ traction จะช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวด และรักษาความยาวของกระดูกให้คงที่ การดึง traction ที่ใช้บ่อยมี 2 วิธีคือ

1.1.2.1 skin traction เป็นการใช้แรงดึงโดยอาศัยความฝืดระหว่าง adhesive tape กับผิวหนังของผู้ป่วยเอง โดยใช้ adhesive tape ขนาดกว้างพอสมควร ติดกับผิวหนังส่วนที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งกระดูกหักลงไป ตลอดความยาวของแขนหรือขา และถ่วงน้ำหนักที่ส่วนปลาย น้ำหนักที่ใช้ดึงปกติใช้ประมาณ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัว แต่ไม่ควรเกิน 5 กก. และระยะเวลาที่ดึงไม่ควรเกิน 3 ถึง 4 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ใช้ในเด็กซึ่งไม่ต้องการใช้แรงดึงมากนักและเมื่อกระดูกติดแล้วจึงใส่เฝือกต่อเช่น Fracture femur ในเด็ก สำหรับผู้ใหญ่ใช้เป็นการรักษาชั่วคราว เช่น ใช้ดึงก่อนทำการผ่าตัดในราย Fracture neck of femure เป็นต้น

1.1.2.2 skeletal traction เป็นการใช้วัสดุยึดตรึง เช่น ลวดแข็ง (Kirschner wire หรือ Steinmann pin) หรือสกรู (screw) ตรึงติดกับกระดูกและโผล่ออกนอกผิวหนังส่วนหนึ่งเพื่อต่อเข้ากับน้ำหนักที่ดึง แรงดึงจึงมีผลต่อขึ้นกระดูกโดยตรง โดยสามารถให้แรงดึงได้ถึง 10 ถึง 15 กก. หรือประมาณ 1 ใน 6 ของน้ำหนักตัว และดึงได้นาน 3 ถึง 4 เดือน

1.2 การจัดกระดูกให้เข้าที่โดยการผ่าตัด (Open reduction) แล้วใช้โลหะยึดไว้ (internal fixation) เช่น สกรู (screw) เข็มโลหะ (pin) ลวด (wire) แขนงโลหะใส่ในโพรงกระดูก (intramedullary nail) เป็นต้น ในบางรายอาจต้องใส่เฝือกปูนร่วมด้วย แต่ถ้ายึดด้วยโลหะภายในที่แข็งแรงแล้วก็ไม่จำเป็นต้องใส่เฝือกปูน

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด

- 1) ทำ Closed reduction แล้วไม่สำเร็จ
- 2) กระดูกหักเข้าไปในข้อ
- 3) กระดูกหักที่มีเนื้อแทรกอยู่ที่ปลายกระดูก
- 4) กระดูกหักในเด็กผ่าน epiphysis
- 5) กระดูกหักที่ดึงยึดได้ยากต้องผ่าตัดตรึงกระดูกเช่น intertrochanteric fracture ของกระดูกต้นขา
- 6) กระดูกหักทำอันตรายต่อ เส้นเลือด และเส้นประสาท

ข้อดีของการผ่าตัด

- 1) สามารถจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ได้ 100%หรือเกือบ 100%
- 2) ป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนานๆ เช่น แผลกดทับ ข้อ

ติดแข็ง ปอดบวม เป็นต้น

- 3) ช่วยให้อวัยวะที่ผ่าตัดใช้งานได้เร็ว

อันตรายที่เกิดจากการผ่าตัด

- 1) การติดเชื้อ
- 2) การจัดกระดูกโดยการผ่าตัด อาจมีอันตรายต่อเส้นเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกส่วนที่หักทำให้กระดูกติดเข้าหรือไม่ติด
- 3) การตรึงกระดูกที่หักถ้าไม่แน่นพอ ทำให้ปลายกระดูกเคลื่อนไหวได้ โลหะที่ยึดอาจหักหรืองอได้ทำให้กระดูกติดเข้าหรือไม่ติด
- 4) ทำลายเนื้อเยื่อรอบกระดูก ทำให้การหายของแผลช้ากว่าเดิม
- 5) การผ่าตัดทำให้เกิดแผลเป็น ชัดขวางการทำงานของข้อ หรือการเคลื่อนไหว
- 6) การผ่าตัดต้องใส่สิ่งแปลกปลอมส่วนมากเป็นโลหะอาจเกิดปฏิกิริยาต่อร่างกายได้
- 7) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง เพื่อเอาโลหะออก

2. Retention หรือ Immobilization คือการให้กระดูกหักที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่งๆ จนกว่า callus จะเกิดและแข็งแรงเพียงพอ

วิธีการ Immobilization มี 2 วิธีคือ

2.1 External Immobilization โดยการใส่เฝือกปูน หรือการทำ traction หรือใช้วิธี external fixation

2.2 Internal Immobilization โดยการผ่าตัดแล้วใส่ nail, plate, screw ยึดตรึงกระดูกตามวิธีการต่างๆ

จุดประสงค์ในการให้กระดูกอยู่นิ่งๆ มีดังนี้

2.1 ป้องกัน displacement หรือ angulation ของชิ้นกระดูก

2.2 ป้องกันการเคลื่อนไหว ซึ่งจะขัดขวางการติดของกระดูกเพราะเส้นเลือดที่สร้างใหม่ถูกทำลาย

2.3 ลดความเจ็บปวด

3. Rehabilitation หมายถึงการฟื้นฟูรักษาสุขภาพของผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงสภาพเดิมให้มากที่สุด ป้องกันโรคแทรกซ้อนหรือความพิการที่จะเกิดขึ้น โดยการจัด

ท่านอนที่ถูกต้อง การให้ผู้ป่วยได้บริหารร่างกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆและพยายามให้ผู้ป่วยช่วยเลือดตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

ข้อเคลื่อน หมายถึงการที่ผิวของข้อเคลื่อนออกจากกันโดยตลอด เมื่อเกิดภาวะข้อเคลื่อนจะทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อโดยรอบข้อ อาจมีการฉีกขาดของ ligament ผู้ป่วยจะมีอาการปวด บวม เคลื่อนไหวข้อไม่ได้ กดเจ็บ การถ่ายภาพรังสีทำให้ทราบว่าข้อเคลื่อนหมดหรือเคลื่อนบางส่วน (subluxation) การรักษาคือการดึงให้เข้าที่แล้วใส่เฝือกปูนหรือใช้ผ้ารัดไว้

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บกระดูกหักและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆด้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและที่สำคัญประการหนึ่งคือพยาบาลออร์โธปิดิกส์จะต้องมีความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นอย่างดี ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่สำคัญคือการพยาบาลผู้ป่วยเข้าเฝือกปูน การพยาบาลผู้ป่วยเข้าtraction การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

1.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยเข้าเฝือกปูน

วัตถุประสงค์ของการเข้าเฝือกปูน

1. ให้อวัยวะส่วนนั้นอยู่นิ่ง
2. ให้อวัยวะส่วนนั้นอยู่ในท่าที่ต้องการ
3. ป้องกันความพิการ เช่นผู้ป่วยที่ปลายเท้าตก
4. แก้ไขความพิการ เช่นผู้ป่วยที่มีความพิการของข้อเท้า ข้อมือ
5. ให้อวัยวะส่วนนั้นกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงกับสภาพปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนเข้าเฝือกปูน

1. การเตรียมด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลกับสิ่งต่อไปนี้

1.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าเฝือก เช่นกลัวเจ็บ กลัวความพิการ
พยาบาลควรอธิบายหรือชี้แจงให้ทราบดังนี้

1.1.1 บอกให้ทราบถึงจุดประสงค์ของการเข้าเฝือก

1.1.2 แนะนำวิธีปฏิบัติตนขณะเข้าเฝือก

1.1.3 บอกให้ทราบถึงความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการ

การเข้าเฝือก เช่นการเมื่อย ร้อนในเฝือก

1.2 ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากต้องเข้าเฝือกปูนเป็นเวลานานเป็นเหตุให้ขาดรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัว พยาบาลควรคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้และหาทางช่วยเหลือ

2. การเตรียมด้านร่างกาย คือการเตรียมบริเวณที่จะเข้าเฝือก ต้องตรวจว่ามีผื่น เป็นโรคผิวหนังหรือมีบาดแผลหรือไม่ ถ้าพบสิ่งผิดปกติดังกล่าวควรรายงานแพทย์ทราบ ถ้ามีบาดแผลต้องทำแผลเสียก่อน ถ้าไม่มีบาดแผลให้ทำความสะอาดด้วยสบู่แล้วล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้ง ใช้ alcohol 25% เช็ดซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องโกนขนบริเวณที่จะเข้าเฝือก นอกจากในรายที่ต้องทำผ่าตัดแล้วเข้าเฝือกเพื่อ immobilization อวัยวะส่วนนั้น

3. การเตรียมเตียงและเครื่องใช้เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องเฝือก

3.1 เตียงควรเป็นเตียงที่ปรับระดับได้ตามความต้องการ

3.2 ที่นอนควรเป็นที่นอนแน่นและมีผ้ายางปูรองกันความชื้นจากเฝือก

3.3 หมอนควรหุ้มด้วยวัสดุที่กันความเปียกชื้นได้

3.4 ควรมีที่โหนดัวเหนือศีรษะผู้ป่วย (trapeze) เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ช่วยใน

การโหนเพื่อพลิกตะแคงตัวหรือยกตัวขึ้นจากเตียง

การพยาบาลหลังเข้าเฝือกปูน

1. ในขณะที่เฝือกยังไม่แห้ง ปล่อยให้อวัยวะส่วนที่เข้าเฝือกได้สัมผัสกับอากาศ ที่ถ่ายเท ห้ามนำผ้าห่มมาคลุมเฝือกเพราะจะทำให้เฝือกแห้งช้าและห้ามนำของแข็งมาวางบนเฝือก เพราะจะทำให้เฝือกเสียรูปทรงได้

2. ให้อวัยวะส่วนที่เข้าเฝือกไว้ให้สูงกว่าหัวใจ เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับดีขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่เฝือกที่แขนให้ sling แขนไว้แนบลำตัว

3. สังเกตอาการต่างๆ เหล่านี้เพื่อป้องกันภาวะเส้นเลือดเส้นประสาทถูกบีบรัด

3.1 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังใส่เฝือกสังเกตอาการของ neuro vascular ทุก 1 ชั่วโมง โดยสังเกตอาการเหล่านี้

1.3.1 มีอาการบวมที่ปลายมือหรือปลายเท้าและเฝือกคับ

1.3.2 อาการปวดที่รุนแรงมากแม้ให้ยาแก้ปวดแล้วอาการยังไม่ทุเลา

1.3.3 อาการซีดของอวัยวะส่วนปลาย ซึ่งในระยะแรกอาจพบว่าปลายนิ้วหรือนิ้วเท้ามีสีเขียวคล้ำ ต่อมาจึงพบอาการซีดได้ในภายหลัง

1.3.4 อาการชาและเคลื่อนไหวไม่ได้ของอวัยวะส่วนนั้น

1.3.5 คลำชีพจรไม่ได้

ถ้าพบอาการเหล่านี้ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

4. แนะนำไม่ให้เฝือกเปียกน้ำหรือสกปรก ถ้าเฝือกสกปรกให้ใช้ผ้าหมาดๆ เช็ด

5. ถ้ามีอาการคันห้ามใช้สิ่งของใดๆ แงงเข้าไปในแผล เพราะอาจทำให้เกิดการถลอกหรือเป็นบาดแผลได้ ในกรณีขอบแผลไม่เรียบให้ใช้เทปกาวปิดขอบแผลให้เรียบเพราะขอบแผลอาจบาดทำให้เป็นแผลได้

6. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและช่วยตนเองให้มากที่สุด ขณะเข้าแผลพยายามใช้กล้ามเนื้อส่วนที่ไม่ได้เข้าแผล ออกกำลังกล้ามเนื้อและบริหารข้อที่อยู่ใกล้เคียงกับบริเวณที่ใส่แผลเพื่อให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวอยู่เสมอ กล้ามเนื้อไม่ลีบง่าย การเกร็งกล้ามเนื้อในแผลจะทำให้หลอดเลือดมีการบีบตัว ส่งผลให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูงเช่นเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว อาหารที่มีวิตามินและแคลเซียมสูง เพื่อช่วยเสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรงและติดเร็วยิ่งขึ้น

8. ควรสังเกตและบันทึกอาการของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวันในเรื่องต่อไปนี้

8.1 แผลบวมหรือคับ มีรอยร้าว หัก หรือมีการกดทับของแผลบริเวณใดหรือไม่

8.2 แผลมีกลิ่นเหม็นหรือไม่

8.3 การ support แผลถูกต้องหรือไม่

8.4 มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิต การกดทับเส้นประสาทหรือไม่ (อาการ ปวด ชา บวม เคลื่อนไหวนิ้วมือ นิ้วเท้าไม่ได้ จับ pulse ไม่ได้)

8.5 ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อและข้อบริเวณที่ใส่แผลและใกล้เคียงมากนักน้อยเพียงใด

8.6 ในกรณีที่มีบาดแผลบริเวณที่เข้าแผลเมื่อเปิด window เพื่อทำแผลควรบันทึกลักษณะของบาดแผลไว้ด้วย

1.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเข้า traction

วัตถุประสงค์ของการเข้า traction

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

ข้อบ่งชี้ในการทำ skin traction

1. skin traction ได้ผลในการรักษากระดูกหักในเด็กบางชนิดได้เนื่องจากใช้แรง

ดึงไม่มากในการจัดชั้นกระดูกที่หัก มีความปลอดภัยและผิวหนังสามารถทนต่อการดึงได้เมื่อใช้ระยะเวลาดึงสั้น

2. กระดูกหักในผู้ใหญ่จะรักษาโดยการใช้ skin traction เมื่อ
 - 2.1 กระดูกนั้น stable ดี
 - 2.2 ใช้ดึงไว้ชั่วคราวก่อนที่จะทำผ่าตัดใส่เหล็ก
 - 2.3 ใช้ในการ immobilization ข้อที่เคลื่อนหลุดภายหลังจากที่ได้จัดให้เข้าที่แล้ว

หรือใช้เพื่อ immobilization ภายหลังจากการผ่าตัด

ข้อห้ามในการทำ kin traction

1. มีแผลดลอก แผลกระดูกงูกระดูก มีกระดูกอักเสบ หรือแผลพุพองของผิวหนังตรง

บริเวณที่เข้า traction

2. มี impairment ของการไหลเวียนของโลหิต เช่น varicose ulcers,

gangrene

3. กระดูกหักแบบเกยกันมากทำให้ แขน ขาสั้น ต้องใช้น้ำหนักในการถ่วงมาก ซึ่ง skin traction ไม่สามารถทนน้ำหนักที่ใช้ถ่วงได้

ข้อดีของการทำ skin traction คือไม่ต้องใส่ pin หรือ wire เข้าไปในกระดูกซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

ข้อเสีย คือทำให้เกิดการระคายเคืองที่ผิวหนัง ในบางรายที่แพ้ adhesive tape อาจทำให้เกิดตุ่มพองและเป็นแผลได้

ข้อดีของการทำ skeletal traction คือเป็นการดึงที่กระดูกโดยตรง และสามารถใช้แรงดึงได้มากกว่า skin traction ซึ่งอาจใช้น้ำหนักได้ถึง 40 ปอนด์

ข้อเสีย คือเสี่ยงต่อการติดเชื้อของกระดูกและ soft tissue ถ้าใช้แรงดึงมากเกินไปอาจเกิด non union ได้

การเตรียมผู้ป่วยเข้า traction

1. การเตรียมด้านจิตใจ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการเข้า traction และการปฏิบัติขณะเข้า traction เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2. การเตรียมด้านร่างกาย

- 2.1 การเตรียมร่างกายในการเข้า skin traction ถ้าทำที่ขาในผู้ป่วยชาย ควรโกนขนทิ้ง ทำความสะอาดผิวหนังด้วยสบู่และล้างน้ำให้สะอาด

- 2.2 การเตรียมร่างกายในการทำ skeletal traction ให้เตรียมบริเวณที่จะเข้า skeletal traction เหมือนกับการเตรียมผ่าตัด การทำ skeletal traction แพทย์อาจทำที่ในหอ

ผู้ป่วย หรือส่งไปทำที่ห้องผ่าตัด ถ้าทำที่ห้องผ่าตัดให้ผู้ป่วยงด น้ำและอาหารไว้ด้วย

3. การเตรียมเครื่องใช้ต่างๆ

3.1 set สำหรับเข้า skin traction

3.2 เชือก ลูกรอก ถุงทรายหรือน้ำหนัก ผ้า sling

3.3 ถ้าทำ skeletal traction จะต้องใช้ Steinmann pin หรือ Kirschner wire, hand drill, pin cutter ถ้าทำ skull traction ต้องใช้ skull tong แขน wire หรือ pin เครื่องใช้ต่างๆ เหล่านี้จะต้องทำให้ปราศจากเชื้อโรคเสียก่อน

3.4 splint ต่างๆ เช่น Bohler Braun splint ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาส่วนล่างหัก

3.5 ชนิดของเตียงๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยที่เข้า traction เตียงสำหรับเข้า traction จะต้องมี bar สำหรับแขวนลูกรอกและมี over head bar หรือ trapeze สำหรับโหนตัวเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และเตียงสามารถปรับได้ ส่วนที่นอนต้องไม่อ่อนนุ่มจนเกินไป

การพยาบาลผู้ป่วยเข้า traction

1. position ของผู้ป่วย ควรจัดให้ถูกต้องกับการเข้า traction แต่ละชนิด

2. ดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะส่วนหลังซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่ในท่านอนหงายตลอดเวลา

3. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อและบริหารข้อต่อต่างๆ

4. ป้องกันแผลกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ

5. ให้อาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง

6. ให้ดื่มน้ำมากๆ

7. สังเกตการไหลเวียน ของโลหิต บริเวณแขน ขา

8. ดูแลให้ traction มีประสิทธิภาพและทำงานอยู่ตลอดเวลา

1.3.3 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

1. การเตรียมทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดจะทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวได้ พยาบาลสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดังนี้

1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัดและให้มั่นใจในการผ่าตัดของแพทย์

1.2 เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัด พยาบาลควรพูดคุยอย่างเป็นกันเอง

1.3 อธิบายให้ญาติทราบและเข้าใจ เพื่อจะได้คอยช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

1.4 ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ในค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยต้องออกค่ารักษาเอง ควรส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์

2. การเตรียมทางด้านร่างกาย แบ่งเป็น การเตรียมร่างกายทั่วไป และการเตรียมร่างกายสำหรับทำผ่าตัด

2.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป

2.1.1 ตรวจสอบสภาพร่างกายว่าพร้อมที่จะผ่าตัดหรือไม่ มีโรคประจำตัวหรือมีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

2.1.2 ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม เล็บมือ เล็บเท้า ปาก ฟัน

2.1.3 ตรวจสอบผล lab ทางห้องปฏิบัติการว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีควรรับรายงานแพทย์ทราบ

2.1.4 ให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นใบอนุญาตให้แพทย์ทำผ่าตัดให้เรียบร้อย และพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบด้วย

2.1.4 ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ในบางรายที่มีความวิตกกังวลแพทย์อาจให้ยา sedative ซึ่งจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

2.1.5 วัด vital signs และลงบันทึกให้เรียบร้อย ถ้าพบสิ่งผิดปกติควรรายงานแพทย์ทราบ

2.1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

2.1.7 สอน breathing exercise และ effective cough ให้แก่ผู้ป่วย

2.1.8 แนะนำให้ฝึกการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะบนเตียง

2.2 การเตรียมร่างกายสำหรับการผ่าตัด

2.2.1 การเตรียมผิวหนังทั่วไป ก่อนวันผ่าตัดควรให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาลควรปฏิบัติให้

2.2.2 การเตรียมผิวหนังเฉพาะที่ ควรโกนขนให้กว้างและยาวกว่าบริเวณที่จะทำผ่าตัด โดยใช้น้ำสบู่กับน้ำธรรมดาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด สำหรับการขจัดไขมันและสิ่งสกปรกออกจากผิวหนัง ขณะเตรียมผิวหนังให้ระวังมีดโกนบาดผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อได้

2.2.3 คินก่อนวันผ่าตัดให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทุกชนิด

2.2.4 การสวนอุจจาระในผู้ป่วยออโรปิติกส์แล้วแต่คำสั่งของแพทย์

การพยาบาลในวันผ่าตัด

1. ให้ผู้ป่วยอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด ถ้าผู้ป่วยมีฟันปลอมหรือมีเครื่อง

ระดับติดตัวให้ถอดออก ถ้าผู้ป่วยทาเล็บให้ล้างเล็บให้สะอาด

2. ตรวจสอบความสะอาดบริเวณผิวหนังอีกครั้งหนึ่ง และตรวจสอบความเรียบร้อยของร่างกายทั่วๆ ไป

3. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแฟ้มประวัติผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ ต่างๆ ที่จะต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมผู้ป่วย

4. วัด vital signs ลงบันทึกให้เรียบร้อยพร้อมทั้งให้ยา premed ตามแผนการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด พยาบาลควรให้การดูแลดังนี้

1. position ของผู้ป่วยภายหลังออกมาจากห้องผ่าตัด ควรให้นอนหงายราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักจากการอาเจียนและเป็นการป้องกันลื่นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจด้วย

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

3. สังเกต bleeding จากแผลเลือด ถ้ามีเลือดออกจากแผลหรือ drain มากกว่า 200 cc. ต่อชั่วโมงควรรายงานแพทย์ทราบ

4. สังเกตอาการ shock โดยดูเลือดที่ออกจากแผลหรือ drain ประกอบกับผล Hct ถ้าลดต่ำกว่าลงมากจากระดับปกติ (<30%) ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าปกติและชีพจรเบาเร็วให้รีบรายงานแพทย์

5. ดูแลเรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดให้เพียงพอและถูกต้อง

6. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแขน หรือขา ควรตรวจสอบการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย ถ้าพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทราบ ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องการไหลเวียนของเลือด ให้ยกอวัยวะส่วนนั้นให้สูงเพื่อลดการบวม

7. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ breathing exercise และ effective cough พร้อมทั้งเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลกดทับ

8. ระมัดระวังเรื่องความปลอดภัย ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้ตัว เด็ก หรือผู้สูงอายุควรยกเหล็กกันเตียงเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียงได้

1.4 การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ความหมายของการจำกัดการเคลื่อนไหว

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

การจำกัดการเคลื่อนไหว หมายถึงการที่ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว โดยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นต่าง ๆ ด้วยตนเองได้เฉพาะบนเตียงหรืออย่างมากก็ลุกลงมานั่งข้างเตียงได้เท่านั้น โดยห้ามลุกเดินขึ้นเพื่อผลของการรักษาพยาบาลตามพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยแต่ละราย (ชนกพร หาญชาญชัยกุล, 2536)

การจำกัดการเคลื่อนไหว หมายถึงผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวโดยสภาพของผู้ป่วยเอง เช่น ภาวะอัมพาต การสูญเสียเส้นประสาทที่มาเลี้ยงแขนขา อันเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองไม่ได้ ซึ่งภาวะนี้เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่ใช่เพื่อการรักษา (ชนกพร หาญชาญชัยกุล, 2536)

อาจสรุปได้ว่า การจัดการเคลื่อนไหว หมายถึงภาวะที่ร่างกายต้องหยุดการเคลื่อนไหว หรืออาจเป็นเฉพาะบางส่วน ซึ่งเหตุที่ทำให้ร่างกายต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอาจเนื่องมาจาก พยาธิสภาพของโรคในตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นผลทางการรักษาของแพทย์

สาเหตุของการจำกัดการเคลื่อนไหว

สาเหตุของการที่ผู้ป่วยต้องจำกัดการเคลื่อนไหวนั้นอาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง และจากวัตถุประสงค์ในด้านการรักษาพยาบาล

1. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วย ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1.1 การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองได้ เช่นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง หรือมีการทำลายของเนื้อสมองหรือมีความผิดปกติในการทำงานของรอยต่อระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่โรค Myasthenia gravis และ Guillain-Barre Syndrome เป็นต้น

1.2 ความอ่อนเพลียหรือไม่มีแรงพอที่จะเคลื่อนไหวได้เนื่องจากโรคบางอย่างที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรม เช่น โรคไตวาย โรคมะเร็งในระยะสุดท้าย

1.3 ผู้ป่วยที่หมดสติซึ่งอาจเกิดร่วมกับการเป็นอัมพาตจากการเป็นพยาธิสภาพของเนื้อสมองหรืออาจเกิดจากการได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด เป็นต้น

1.4 ภาวะซีมเศร้าหรือมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง

1.5 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรู้และสมองเสื่อม เช่น โรค

Alzheimer

2. ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

2.1 เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายลดความวิตกกังวลหรือความกลัวลงได้ อาการเจ็บปวดเป็นอาการแสดงของการมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เป็นอาการที่บ่งชี้ความรุนแรงของโรค เช่นกรณีที่เป็นโรคเส้นเลือดโคโรนารีตีบหรือถูกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อที่อยู่ส่วนปลายเส้นเลือดขาดออกซิเจน จึงทำให้มีอาการปวดที่บริเวณหัวใจ หรือผู้ป่วยที่ทำการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะแรก ๆ จะมีอาการเจ็บปวดที่แผลและบริเวณใกล้เคียง เมื่อให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สบายอาการเจ็บปวดจะทุเลาลงได้ เพราะการจำกัดการเคลื่อนไหวจะช่วยลดความระคายเคืองที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ๆ

2.2 เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ในกรณีที่มีบาดแผลหรือกระดูกหัก การบังคับอวัยวะส่วนนั้นให้อยู่กับที่หรือไม่ให้เคลื่อนไหว หรือให้เคลื่อนได้น้อยที่สุดจะช่วยให้การเชื่อมต่อกันของเนื้อเยื่อหรือของเซลล์กระดูก และทำให้กระบวนการหายของแผลได้ผลดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยรักษาสภาพของไฟบริน (Fibrin) ไว้ เพราะไฟบรินเป็นส่วนที่ช่วยสะกัดกั้นการลุกลามของเชื้อแบคทีเรียจากเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบเข้าสู่เนื้อเยื่อส่วนที่ดีได้

2.3 เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายเกิดความเสียหายมากยิ่งขึ้น เช่นกรณีที่มีไข้สูง การพยาบาลคือให้ผู้ป่วยนอนพักและเช็ดตัวลดไข้จนกว่าอาการไข้จะลดลง เพราะการให้ผู้ป่วยนอนพักจะช่วยลดปริมาณการใช้ออกซิเจน และความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นของร่างกายซึ่งมีผลทำให้หัวใจทำงานในระดับปกติหรือน้อยลง

2.4 เพื่อประคับประคองโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อย การให้นอนพักหรือการจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวจะช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่น้อยลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่น แข็งแรง และสภาวะของร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ได้แก่ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ (สุรศักดิ์ ศรีสุข, 2529)

1. การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอกได้แก่การใส่เฝือกปูนหรือใช้อุปกรณ์ที่ขึงยึดจากภายนอก ซึ่งเฝือกหรืออุปกรณ์แต่ละชนิดจะใช้กับผู้ป่วยในรายที่กระดูกหักแตกต่างกัน

2. การจำกัดการเคลื่อนไหวภายใน ได้แก่การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ซึ่งอุปกรณ์ที่ขึงยึดตรึงอาจประกอบด้วย แขนโลหะยึดกระดูก แผ่นโลหะตามกระดูก สกรูยึดกระดูกหรือแกนโลหะใส่ในโพรงกระดูกในผู้ป่วยบางรายหลังจากผ่าตัดยึดกระดูกแล้ว อาจต้องใส่เฝือกร่วมด้วย เพื่อให้มีความมั่นคงมากยิ่งขึ้น

3. การใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (continuous traction) เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักนอกจากจะใช้ในการจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ได้แล้ว ยังสามารถใช้ตรึงชิ้นกระดูกที่หักให้อยู่นิ่งได้ ผลจากการดึงซึ่งทำให้เนื้อเยื่อโดยรอบรอยหักยึดตัวตั้งขึ้น ช่วยประคับประคองชิ้นหักและลดการเคลื่อนไหวจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งการใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่พบบ่อยมี 2 ชนิดคือ

3.1 skin traction

3.2 skeletal traction

การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวที่เป็นผลมาจากแผนการรักษาของแพทย์ แต่จากความหมายของการจำกัดการเคลื่อนไหวที่ สมจิต หนูเจริญกุล กล่าวว่าการจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นการจำกัดกิจกรรมและหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูกข้อต่อต่าง ๆ รวมทั้งอวัยวะภายในของร่างกายให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ต่อโครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์อีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเช่นกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก กระดูกเชิงกรานหัก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้บางครั้งไม่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กใด ๆ เพียงแต่ให้จำกัดการเคลื่อนไหวโดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง (bed rest) ก็เป็นวิธีการรักษากระดูกให้ติดได้วิธีหนึ่ง

2. ความเสี่ยง

2.1 ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกที่และทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นในบ้านหรือสถานที่ทำงาน สำหรับความหมายของความเสี่ยงนั้นมิใช่ให้ความหมายไว้ดังนี้

Young and Hayne (1982) ให้ความหมายว่าความเสี่ยงเป็นโอกาสหรือสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดผลในด้านลบ

Hershey and Bowes (1978 อ้างถึงใน อามา นิตยศักดิ์, 2533) ให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับองค์การสุขภาพว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นได้ใน

โรงพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานให้บริการสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะคือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางการเงินโดยตรง เช่น ไฟไหม้ และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียอันเกิดจากการได้รับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม

กฤษดา แสงดี (2542) ให้ความหมายว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหายเหตุร้ายอันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ให้ความหมายว่าความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

อาจสรุปได้ว่าความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ซึ่งมีผลทำให้เกิดความสูญเสียหรือความเสียหาย ซึ่งมีผลต่อร่างกาย จิตใจ หรือทรัพย์สินต่าง ๆ

2.2 สาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีสาเหตุดังต่อไปนี้ (Wilson, 1999)

2.2.1 ความล้มเหลวของระบบ ขาดความชัดเจนในกระบวนการ นโยบาย วิธีปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติ มีผลทำให้เกิดความผิดพลาดหรือหลงลืมได้

2.2.2 เจ้าหน้าที่ทำงานลัดชั้นตอน ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ภาระงานมากมีความกดดันจากการทำงาน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเครียด ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุทำให้เกิดการทำงานที่ผิดพลาดได้

2.2.3 มีปัญหาในด้านการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับหน่วยงานภายนอกและผู้ป่วย ซึ่งมีผลมาจากการได้รับการที่มีคุณภาพต่ำ

2.2.4 ไม่ได้ระบุบทบาทหน้าที่ของบุคลากรไว้อย่างชัดเจน

2.2.5 เจ้าหน้าที่ขาดการอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ทันสมัย

2.2.6 นโยบายและวิธีปฏิบัติที่มีอยู่ ขาดข้อมูลที่เพียงพอในการแนะนำแนวทางการปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เป็นผลให้เกิดการทำงานที่ผิดพลาดได้

2.2.7 ขาดการให้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทำให้การทำงานไม่มีการประสานร่วมมือกัน

2.2.8 ผู้ปฏิบัติงานไม่ซื่อสัตย์ ทำให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย

สำหรับโรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการ ซึ่งต้องการการบริการที่หลากหลาย รวมทั้งการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่นับวันจะมีการพัฒนาต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุนำมาซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดได้ในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ได้จำแนกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ได้จำแนกความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาลมี 7 ประการด้วยกันคือ

1. ความเสี่ยงหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล

2. ความเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลทำให้โรงพยาบาลอาจไม่ได้รับความเชื่อถือจากประชาชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากประชาชนเลือกไปใช้บริการที่อื่นทำให้โรงพยาบาลเกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการในด้านต่าง ๆ

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงนี้ ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่และของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจอยู่ในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งการบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้จะมีผลเสียต่อโรงพยาบาลคือทางโรงพยาบาลต้องจัดหาบุคลากรมาทดแทนทำให้ภาระต้นทุนของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในบริเวณรอบ ๆ โรงพยาบาล รวมทั้งต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา นั้น ๆ ด้วย

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจมีมูลค่าเล็กน้อยจนถึงขั้นมหาศาล
จรัส สุวรรณเวลา (2545) ได้จำแนกความเสี่ยงในโรงพยาบาลไว้ดังนี้

1. ความเสี่ยงในระบบบริการของโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น

1.1 ความเสี่ยงโดยธรรมชาติของโรงพยาบาล

1.1.1 อุบัติเหตุในโรงพยาบาล

1.1.2 ผู้ป่วยตกเตียง

1.1.3 การติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.1.4 ไฟไหม้โรงพยาบาล

1.2 โอกาสผิดพลาดจากระบบงานในโรงพยาบาล

1.2.1 ความผิดพลาดที่เกิดจากการสื่อสาร การสั่งงาน หรือการส่งมอบงาน

1.2.2 ความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ผิดพลาด

1.2.3 ความผิดพลาดที่เกิดจากการจัดซื้อ จัดหา

2. โอกาสผิดพลาดด้านการบริการวิชาชีพ

2.1 โอกาสผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล

- 2.1.1 การให้ยาผิด
- 2.1.2 การให้เลือดผิดหมู่
- 2.1.3 ความผิดพลาดจากการไม่ได้ป้องกัน ในสิ่งที่ป้องกันได้
- 2.1.4 ความไม่พร้อมในการแก้ปัญหา
- 2.1.5 การวินิจฉัยโรคผิดพลาด จากการตรวจที่พบว่าปกติ
- 2.1.6 การวินิจฉัยโรคผิดพลาดจากการตรวจที่ได้ผลบวกหรือได้ผลผิด
- 2.1.7 การวินิจฉัยโรคผิดพลาด จากการอ่านผลการตรวจผิด
- 2.1.8 การวินิจฉัยโรคผิดพลาด เพราะไม่ได้ตรวจเฉพาะ

ปกติ

- 2.2 การรักษาที่ไม่ได้คุณภาพวิชาชีพ
- 2.3 การปฏิบัติวิชาชีพเกิดความสามารถของตน
- 2.4 การเดินเล่น ละเลย ไม่ใช้ความระมัดระวังตามสมควร
- 2.5 การรักษาไม่ได้ผลตามที่ตกลงกันได้
- 2.6 การกระทำที่ผิดกฎหมายในโรงพยาบาล

สิทธิศักดิ์ พุทธรักษา (2545) ได้จำแนกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากมุมมองที่มีโอกาสรับความเสี่ยง พบว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ความรู้สึกอับอายหรือถูกทำร้ายจิตใจ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่ผิดบทบัญญัติของศาสนาหรือความเชื่อ เป็นต้น
 2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของโรงพยาบาล
 - 2.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น
 - 2.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เช่น ความรู้สึกอับอาย เสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น
 - 2.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย เป็นต้น
 - 2.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบทบัญญัติทางศาสนาหรือความเชื่อ เป็นต้น
3. ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล
 - 3.1 การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สิน

- 3.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล
- 3.3 การเสื่อมสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนเวลาอันควร
- 3.4 เครื่องมืออุปกรณ์ใช้การไม่ได้กระทันหัน
- 3.5 การทำผิดบทบัญญัติของกฎหมาย
- 3.6 การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย
- 3.7 ไฟไหม้
- 3.8 น้ำท่วม
4. ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน
 - 4.1 การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม
 - 4.2 การทำลายสิ่งแวดล้อม

2.3 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย

ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยอาจจำแนกประเภทตามผลกระทบได้ดังนี้

2.3.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การตกเตียงหรือตกที่สูง การให้ยาผิด การติดเชื้อ การตัดอวัยวะผิด หรือตัดส่วนที่ปกติออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษายาบาลผิดคน การชอกช้ำหรือบาดเจ็บจากการรักษายาบาล การเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษายาบาลล่าช้าจากการประเมินปัญหาที่ไม่ถูกต้อง หรือล่าช้าเกินไป การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การถูกทำร้ายร่างกาย

2.3.2 ความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ (emotional risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัว การทำให้ผู้ป่วยเสียหน้า การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่การตัดสินใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน

2.3.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับของผู้ป่วย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษายาบาลได้ การรักษายาบาลที่เกินความจำเป็น ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวผู้ป่วย

วิกฤต หรือผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบความสูญเสีย อวัยวะหรือชีวิต การกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว หรือการให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่คงเส้นคงวา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ และตัดสินใจไม่ได้

2.4 ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออร์โธปิดิกส์

ความเสี่ยงที่เกิดในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวนั้น เป็นความเสี่ยงหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแบ่งตามประเภทของการจำกัดการเคลื่อนไหวได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อันเนื่องมาจากภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก ผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหัก ซึ่งผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานจึงมีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงหรือภาวะที่ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 แผลกดทับ เกิดจากมีแรงกดเฉพาะที่เป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเนื้อตายและเป็นแผล มักเกิดตามปุ่มกระดูกที่รองรับน้ำหนักตัว ในท่านอนหงายมักเกิดบริเวณก้นกบ ท่าตะแคงบริเวณสะโพก มีการศึกษาพบว่าบริเวณที่เกิดแผลกดทับมากที่สุดคือก้นกบ (ซวลิ แยมวงษ์ และคณะ, 2542)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับมีปัจจัยร่วมหลายด้านดังต่อไปนี้ -

1.1.1 แรงกดทับ เมื่อมีแรงกดทับมาก จะบีบหลอดเลือดจนเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง จึงเกิดเป็นแผลแม้ในระยะเวลาสั้น ๆ แต่แรงกดทับน้อยทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้เช่นกัน ถ้าถูกกดเป็นระยะเวลาาน เมื่อมีแรงกดทับเนื้อเยื่อใต้ปุ่มกระดูก จะเป็นส่วนที่รับแรงกดมากที่สุด

1.1.2 ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดทับ เนื้อเยื่อที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทนทานไม่เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย ปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อ ได้แก่

1.1.2.1 ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยด้านสรีระและชีวภาพ ได้แก่ (ซวลิ แยมวงษ์ และคณะ, 2542)

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

2) การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยในผู้สูงอายุ ชั้นของผิวหนังบางลง ความยืดหยุ่นลดลง หนังกำพร้าหลุดลอกง่าย หลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงลดลงทำให้ผิวหนังเปราะบางเกิดบาดเจ็บได้ง่ายมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กระดูกต้นขาหักเกิดแผลกดทับถึง 2 ใน 3

3) ความเจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง เช่น ซึม สับสน ผู้ป่วยที่มีไข้สูงจะทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญ ทำให้เซลล์ขาดสารอาหารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต จึงทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และแผลกดทับเป็นสาเหตุของการมีไข้ที่หาสาเหตุอย่างอื่นไม่ได้ ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการสูญเสียโปรตีน จึงยิ่งทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียและทรุดโทรมมากยิ่งขึ้นไปอีก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกไขสันหลัง กระดูกต้นขาหัก มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง โรคหลอดเลือดสมองและเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตบนต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตล่างต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ซึ่งอาจเกิดจากเลือดมาเลี้ยงผิวหนังลดลง (ชวลี แยมวงษ์ และคณะ, 2542)

1.1.2.2 ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยด้านกายภาพ ที่ทำให้ผิวหนังชั้นนอกเปราะบางเกิดแผลกดทับได้ง่าย ได้แก่

1) แรงเสียดสี (friction) การเสียดสีของผิวหนังกับเตียงหรือผ้าปูที่นอน โดยเฉพาะการดึงลากขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อาจทำให้ผิวหนังมีรอยฉีกขาด หรือมีรอยแดงคล้ายไฟไหม้ เรียกว่า "Sheet burns" แรงเสียดสีเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ มีการศึกษาพบว่าถ้าไม่มีแรงเสียดสีต้องใช้แรงกด 290 มิลลิเมตรปรอท จึงจะเกิดบาดแผล แต่ถ้ามีการเสียดสีแรงกดเพียง 45 มิลลิเมตรปรอท ก็ทำให้เกิดบาดแผลได้

2) การดึงรั้ง (shearing) แรงดึงรั้งเกิดเมื่อมีปฏิกริยาร่วมระหว่างแรงเสียดสีกับแรงโน้มถ่วง จะเกิดเมื่อไขเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง เกิดแรงเสียดสีระหว่างผู้ป่วยกับที่นอนดึงรั้งผู้ป่วยไว้ แต่น้ำหนักตัวเป็นแรงโน้มถ่วง ทำให้เลื่อนไหลลง เกิดการหยักรั้งของผิวหนัง เส้นเลือดและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เป็นสาเหตุทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณก้นกบและสันหลังทั้งสองข้างมีโอกาสที่จะเป็นแผลกดทับได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น

แรงดึงรั้งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่าครึ่งนั่งครึ่งนอนเท่านั้น แต่จะพบได้เสมอเมื่อผู้ป่วยพยายามเปลี่ยนท่านอนด้วยตนเอง โดยใช้สันเท้าหรือข้อศอกหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายยันกับที่นอนเพื่อช่วยให้เกิดแรงพอที่จะเคลื่อนไหวตนเองให้อยู่ในท่าที่ต้องการได้ หรือการจัดให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งในท่าที่ไม่ถูกต้องและผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจที่จะอยู่ในท่าที่จัดให้ได้ ทำให้ต้องฝืนบางส่วนของร่างกาย เพื่อให้สามารถอยู่ได้โดยปลอดภัยหรือเพื่อให้อยู่ในท่าที่ต้องการได้ ซึ่งเมื่อเกิดแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังแล้วจะทำให้มีการฉีก

ขาดของเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้การไหลเวียนโลหิตในส่วนที่จะรับแรงกดดันลงและมีเลือดคั่งอยู่ใต้ผิวหนัง และนำไปสู่ปัญหาการเกิดแผลกดทับได้ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

3) ความเปียกชื้น (moisture) ความเปียกชื้นเพิ่มแรงเสียดสีและทำให้ผิวหนังยุ่ยฉีกขาดได้ง่าย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะหรือกลั้นอุจจาระไม่ได้ จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้ถึง 5.5 เท่า และพบว่ากรณีที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระรดที่นอนสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้ดี (ซวลี แยมวงษ์ และคณะ, 2542)

บริเวณที่เกิดแผลกดทับได้ง่าย ในแต่ละท่าของผู้ป่วยจะทำให้ตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับแตกต่างกันคือ

1) ในท่านอนหงาย แผลกดทับมักจะเกิดบริเวณก้นกบ ส้นเท้า สะบักด้านหลัง ข้อศอก ท้ายทอย ถ้าผู้ป่วยผอมอาจพบได้บนร่องกระดูกสันหลัง

2) ในท่านอนตะแคง 90 องศา แผลกดทับมักเกิดบริเวณซี่ข้างของช่วงตัวด้านบน ตาตุ่ม บริเวณข้างสะโพก (Iliac crest) ส้นเท้าด้านใน ถ้าขาไขว้ทับกันพบที่หัวไหล่ ไบหู

3) ในท่านอนคว่ำ แผลกดทับมักเกิดบริเวณหน้าอก (เต้านมในผู้หญิง) หัวเข่า หัวไหล่ด้านหน้า (acromion process) แก้มและไบหู

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อเกิดแรงกดจะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสังเกตได้ตามลำดับดังนี้ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

1) ผิวหนังบริเวณที่ได้รับแรงกดจะเริ่มมีสีแดงเรื่อๆ (hyperemia) จะสังเกตได้ภายในเวลาประมาณ 30 นาที นับตั้งแต่ได้รับแรงกด หากได้กำจัดแรงกดนี้สีแดงเรื่อๆ จะหายไปภายในเวลาประมาณ 60 นาที

2) ในกรณีที่ยังไม่ได้กำจัดแรงกดและปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่สภานั้นต่อไปจะเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ผิวหนังจะเริ่มมีสีคล้ำ (ischemia) ถ้าสามารถกำจัดแรงกดนั้นได้ภายใน 2-6 ชั่วโมง ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจะหายไปภายในเวลาประมาณ 36 ชั่วโมง

3) หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานประมาณกว่า 6 ชั่วโมง บริเวณผิวหนังที่ได้รับแรงกดจะเริ่มบวม เพราะมีน้ำซึมผ่านออกมาจากผนังเส้นเลือดฝอยบริเวณใกล้เคียง เนื่องด้วยการมีความดันภายในเส้นโลหิตฝอยเพิ่มขึ้น หรือมีเลือดคั่งเนื่องจากโลหิตฝอยถูกทำลายจากแรงดึงและถูกเสียดสีเป็นเวลานาน เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย (necrosis) ซึ่งจะสังเกตเห็นผิวหนังมีสีเขียวคล้ำ หากกดเบา ๆ จะรู้สึกมีก้อนแข็ง ๆ คล้ายเป็นฝอยอยู่ใต้ผิวหนังในระยะนี้หากกำจัดแรงกดภาวะดังกล่าวนี้อาจหายไปได้ ซึ่งจะต้องใช้เวลาพอสมควร

4) ผิวหนังฉีกขาดออกจากกันและเกิดเป็นแผล (ulceration) เมื่อผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง การเกิดแผลจะสังเกตได้ภายในระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ เรียกว่าแผลกดทับ (pressure sore หรือ decubitus ulcer) ในขั้นนี้จะมีการติดเชื้อง่าย ลักษณะของแผลกดทับอาจมีส่วนเป็นแผลตื้น หรือแผลลึกได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงกดและหรือแรงดึงระหว่างชั้นผิวหนัง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพที่เคลื่อนไหวไม่ได้เป็นสำคัญ

1.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ เกิดจากความเจ็บป่วยและจากการที่กล้ามเนื้ออยู่ในท่าที่ต้านต่อความโน้มถ่วงของโลก (Sorensen and Luckman, 1986, อ้างถึงใน ชนกวร ชาญชัยกุล, 2536) ลักษณะที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนคือ กล้ามเนื้อจะขาดความตึงตัว (tone) และขนาดความแข็งแรง (strength) ซึ่งกล้ามเนื้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหวจะสูญเสียความแข็งแรงประมาณวันละ 3% (ชนกวร ชาญชัยกุล, 2536) อาจเกิดขึ้นได้หลังจากที่นอนอยู่เฉย ๆ บนเตียงเพียง 1-2 วัน หากปล่อยไว้ขนาดของกล้ามเนื้อจะเล็กลง ๆ และลีบได้ในที่สุด ทั้งนี้เพราะการหดตัวของกล้ามเนื้อหายไปหรือมีน้อยมาก การไหลเวียนโลหิตบริเวณกล้ามเนื้อมีน้อยลง ปริมาณของออกซิเจนที่ใช้สำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง ของเสียที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าวโดยเฉพาะกรดแลคติก (lactic acid) ซึ่งร่างกายจะต้องถ่ายเทออกมาในรูปของคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ เกิดการสะสมซึ่งเป็นสาเหตุของความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ ถ้ากล้ามเนื้อยังไม่ได้ทำงานหรือถูกใช้ให้ทำงานตามปกติ ความแข็งแรงและขนาดของกล้ามเนื้อจะลดลง และหมดสภาพที่จะใช้งานได้ในที่สุด (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

1.3 ข้อติดแข็ง ปัญหานี้เกิดขึ้นได้กับทุกข้อที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็งที่พบได้บ่อยคือที่ข้อเท้าหรือเรียกว่าเท้าตก (foot drops) ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ และข้อนิ้วมือ สาเหตุเกิดจากมีการหดตัวอย่างมากของใยกล้ามเนื้อมัดที่ช่วยดึงข้อให้งอพับ (flexor muscles) ในระยะเริ่มต้นเมื่อเหยียดข้อออกไปแล้วปล่อย ข้อนั้นจะงอพับเข้าหาตัว (spasticity) โดยไม่สามารถควบคุมได้ การเคลื่อนไหวของข้ออาจจะอยู่ในรัศมีจำกัดในระยะต่อมา หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย ถ้าเป็นมากผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรง เมื่อมีผู้พยายามดึงข้อให้กางออก หากปล่อยทิ้งไว้เนื้อเยื่อคอนเนคทีฟ (connective tissue) ของกล้ามเนื้อมัดที่ช่วยดึงข้อให้งอพับรวมทั้งเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆข้อ จะเปลี่ยนแปลงไปคือมีลักษณะที่บวมและแข็งตัว (fibrosis) ทำให้ข้อต่อแข็งเกิดเป็นความพิการระยะยาวและการฟื้นฟูสภาพทำได้ยาก

1.4 ปอดบวม ปัญหาในผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน เมื่อมีเสมหะขังอยู่ในทางเดินหายใจและปอด ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะปอดบวม (Hypostatic pneumonia) ได้ง่าย ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมได้แก่

1.4.1 ผู้ป่วยมีความอ่อนแออยู่แล้วการไอไม่มีประสิทธิภาพความอ่อนแอ นี้เกิดจากโรคของผู้ป่วยเอง รวมทั้งการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ซึ่งในคนปกติที่มี การเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลาจะสามารถไอขับเสมหะที่อยู่ในหลอดลมเล็กๆ (bronchi) ออกไป ได้แต่ผู้ป่วยอ่อนแออาจไม่มีกำลังพอที่จะทำเช่นนั้น ดังนั้นผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงจึงมีเสมหะคั่ง ค้างอยู่ เกิดการติดเชื้อมา ซึ่งมีผลทำให้มีเสมหะมากขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ และเกิดปอดแฟบได้ (atelectasis)

1.4.2 ในท่านอนราบทำให้การกระจายของเยื่อเมือกรอบหลอดลมเล็ก ๆ ผิดปกติไป ปกติแล้วเยื่อเมือกจะกระจายอยู่รอบ ๆ หลอดลมเท่า ๆ กัน และในท่านอนราบเยื่อ เมือกจะขังอยู่ในส่วนนี้ห้อยต่ำ ในขณะที่ส่วนบนอาจจะแห้ง การที่มีเยื่อเมือกขังมากเกินไปหรือ แห้งเกินไปจะขัดขวางต่อการทำงานของซีเลีย (cilia) ที่จะพัดเอาเยื่อเมือกที่มากเกินไปออกมาได้ ผลก็คือเยื่อเมือกกองทับถมกันมากขึ้น และเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อหรือการอุดตันได้

1.5 ปัญหาต่อระบบการไหลเวียนเลือด การนอนนานๆ ทำให้การไหลเวียน เลือดเป็นไปไม่ได้ไม่ดี เลือดจะคั่งค้างอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง พอที่จะช่วยบีบเลือดให้ไหลไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายและไหลกลับเข้าหัวใจได้ ทำให้เกิดภาวะ ความดันเลือดต่ำเมื่อลุกขึ้น (orthostatic hypotension) การไหลเวียนเลือดจะช้าลง และผลจาก การที่ร่างกายได้น้ำจำนวนไม่เพียงพอร่วมกับการนอนหงายในท่าอเอ้า หรือหนุนหมอนใต้เข่า จะ ทำให้เกิดก้อนเลือดอุดตัน (thrombus) และหลอดเลือดดำอักเสบ (thrombophlebitis) ซึ่งมีผล ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงและเร็วขึ้นเพื่อให้เลือดไหลจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย และ ถ้าก้อนเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดเล็กๆ จะทำให้บริเวณส่วนปลายของหลอดเลือดนั้นขาดอาหาร ถ้าการอุดตันนี้เกิดขึ้นกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกายเช่น สมอง หัวใจ จะมี อันตรายรุนแรงถึงขั้นเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้

1.6 ปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

1.6.1 การขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ไม่สามารถ เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง คือท้องผูก (constipation) อุจจาระจะมีลักษณะ เป็นก้อนแข็งหากปล่อยให้ผู้ป่วยท้องผูกเป็นเวลาหลายวันต่อเนื่องกัน ปริมาณอุจจาระที่คั่งค้างจะ เพิ่มมากขึ้นและไปอัดแน่นอยู่ในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด อุจจาระจะมีลักษณะแข็งมากขึ้นและแห้ง (fecal impaction) ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการวิงเวียน ศีรษะ มีไข้ต่ำๆ ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการท้องอืด แน่นอึดอัด ในท้อง บางรายพบว่ามีอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำไหลออกมาทางทวารหนัก ทำให้เข้าใจผิดได้ว่า

ผู้ป่วยท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระได้เอง การที่มีอุจจาระไหลออกมาได้นั้นอาจเป็นอาการแสดงให้ทราบว่าการลำไส้ส่วนเหนือขึ้นไปไม่สามารถทำหน้าที่ดูดซึมและทำหน้าที่บีบไล่ (peristalsis) ได้ตามปกติ หากปล่อยทิ้งไว้ปริมาณอุจจาระที่ค้างค้างจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ถ่ายอุจจาระลำบากขึ้น

1.6.2 การถ่ายปัสสาวะ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินปัสสาวะอาจพบเฉพาะปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือหลายปัญหาร่วมกัน เช่นการถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไหล กระปริดกระปรอยโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ (incontinence) จะมีอาการปวดและปัสสาวะบ่อย กระเพาะปัสสาวะตึง (overdistended) เนื่องจากมีปัสสาวะอยู่เต็มแต่ไม่รู้สึกรู้สีกปวดถ่าย อาจมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะรวมทั้งมีการจับตัวของแคลเซียมและแปรสภาพเป็นก้อนนิ่วในไต หรือในกระเพาะปัสสาวะได้ในที่สุด

1.7 ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออร์โธปิดิกส์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน จาก การที่เคยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง ต้องมาถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถลุกเดินไปมาได้เหมือนปกติและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้เหมือนเดิม ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ แม้จะเป็นในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่ตนเองต้องการ ไม่ทราบว่าการของตนเองเป็นอย่างไร จะต้องรักษาอย่างไรและต้องใช้ระยะเวลาานเท่าใด บางรายอาจมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียด หรือความซึมเศร้ากับผู้ป่วยได้ ภาวะเหล่านี้เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่จะมีระดับมากน้อยและการแสดงออกแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความนึกคิด ประสบการณ์ และการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมที่เข้ามาเกี่ยวข้องของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงสภาพจิตใจอย่างไร จะมีความรุนแรงอย่างไรย่อมขึ้นอยู่กับความรู้สึก ประสบการณ์และการยอมรับผลที่มาจากจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของแต่ละคน (สมคิด รักษาสัตย์, 2531) ซึ่งปัญหาด้านจิตใจนี้เป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนมีความเฉพาะตัวของแต่ละคน การปฏิบัติที่จะตอบสนองความต้องการของแต่ละคนย่อมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ

2 ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อันเนื่องมาจากแผนการรักษาของแพทย์

2.1 การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่เฝือกแขนหรือขา ซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยประเภทนี้มีดังนี้คือ

2.1.1 ภาวะ Compartment syndrome เป็นภาวะที่มีการเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อจนกระทั่งมีระดับเท่ากับหรือสูงกว่าความดัน diastolic ของหลอดเลือดที่อยู่ในช่องนั้น เนื้อเยื่อที่ถูกห่อหุ้มอยู่จะขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดความเสียหายหรืออาจเกิดการตายของ

กล้ามเนื้อ จะเกิดการหดรั้งและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) เรียกภาวะนี้ว่า Volkmann's ischemia contracture บางส่วนของใยกล้ามเนื้อที่ยังได้รับเลือดมาเลี้ยงอาจมีการฟื้นตัวและเจริญขึ้นใหม่ได้บ้าง สำหรับเส้นประสาทที่ทอดผ่านช่องดังกล่าวจะเสียหายที่หรือตายเมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงซึ่งทำให้เกิดเป็นอัมพาตของอวัยวะส่วนนั้นได้ อาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจาก

- 1) ช่องกล้ามเนื้อมีขนาดลดลงเช่นจากการเย็บชั้น fascia เข้าหากัน การรัดด้วยผ้าพันแผลที่แน่นเกินไป หรือมีแรงบีบรัดจากการเข้าเฝือก
- 2) การเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อเช่นภาวะมีเลือดออกในช่องกล้ามเนื้อ การบวมจากการบาดเจ็บโดยตรงหรือโดยอ้อมที่กล้ามเนื้อ และการเพิ่มของแรงดันในหลอดเลือดฝอยหรือหลอดเลือดอุดตัน

อาการแสดงที่สำคัญได้แก่

- 1) ความเจ็บปวด (pain) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงมาก ทั้งๆ ที่ได้รับการตามกระดูกส่วนที่หักเรียบร้อยแล้ว แม้จะใช้ยาบรรเทาปวดขนาดปานกลางยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร การช่วยยืดกล้ามเนื้อที่สงสัยเช่นการช่วยเหยียดนิ้วมือ หรือกระดูกนิ้วเท้าขึ้นเป็นการกระตุ้นให้อาการปวดรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ Compartment syndrome อาการปวดจะหายไปในระยะท้ายของโรค เมื่อเส้นประสาทถูกทำลายหรือไม่ทำงานแล้ว

- 2) ชีด (pallor) อาจตรวจพบได้ไม่ชัดเจน และไม่จำเป็นต้องพบเสมอไป บางรายอาจมีอาการเขียวเป็นจ้ำๆ ที่บริเวณอวัยวะส่วนนั้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก เมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงนานเข้าจึงมีอาการซีดได้ในภายหลัง

- 3) เป็นอัมพาต (paralysis) เป็นอาการที่พบในระยะ 3-4 ชั่วโมง หลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชา (paresthesia) ต่อมาจะเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้นไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะหลังเมื่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกทำลายหมดแล้ว

- 4) คลำชีพจรไม่ได้ (pulselessness) เกิดในระยะท้าย อวัยวะส่วนนั้นจะมีอาการบวม (puffiness) และเย็นกว่าปกติ ภาวะนี้จะไม่สามารถช่วยให้ฟื้นกลับได้อีก

2.1.2 เฝือกกดทับเส้นประสาท ในการเข้าเฝือกแขนหรือขา อาจทำให้เส้นประสาทถูกกดได้ เช่น การเข้าเฝือกตลอดขา (Long Leg Cast) เส้นประสาทที่อาจถูกกดคือเส้นประสาทคอมมอนเพอโรเนียล (common peroneal nerve) ซึ่งอยู่บริเวณคอของกระดูกฟิบูลา (fibula) ถ้าเส้นประสาทรนี้ถูกกด ผู้ป่วยจะไม่สามารถกระดกข้อเท้าขึ้นได้ ปลายเท้าจะตกลง (foot drop) หรือในอีกกรณีหนึ่งของการใส่เฝือกปูนที่ขาและผู้ป่วยนอนในท่าที่ไม่ถูกต้อง ขาข้างที่ใส่เฝือกหมุนออกนอก (external rotation) ทำให้เส้นประสาทคอมมอนเพอโรเนียลถูกกดได้เช่นกัน ซึ่งอาการที่เส้นประสาทถูกกดนี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

2.1.3 แผลกดทับจากแรงกดของเฝือกปูนต่อผิวหนัง เนื้อเยื่ออ่อนและปุ่มกระดูกต่าง ๆ จะทำให้เกิดอาการปวด ต่อมาจะไม่มีรู้สึกเจ็บหรือปวดบริเวณนั้นอีก เนื่องจากเนื้อเยื่อเน่าตาย เกิดเป็นแผลอยู่ภายในเฝือก ลักษณะที่แสดงว่ามีแผลกดทับภายในเฝือกคือผู้ป่วยจะมีอาการคัน ปวดแสบปวดร้อนบริเวณเฝือกที่มีแผลกดทับจะรู้สึกว่ายุ่นกว่าบริเวณอื่น และมีสิ่งขับหลังซีมออกมาที่เฝือก

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก แขนหรือขา เป็นเวลานานถ้าไม่ได้มีการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ และข้อติดแข็งได้ (รายละเอียดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว)

2.2 การจำกัดการเคลื่อนไหวภายใน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะคือ การผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (internal fixation) และการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก (external fixation) ซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยประเภทนี้ได้แก่

2.2.1 การติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายนอก เพราะผู้ป่วยประเภทนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บอย่างรุนแรง กระดูกหักลักษณะแบบมีแผลเปิด (Open fracture) มีบาดแผลขนาดใหญ่ มีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย หรือบางครั้งก็ได้รับเชื้อโรคมาจากสถานที่เกิดอุบัติเหตุแล้วก็เป็นได้

2.2.2 เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางเส้นเลือดและเส้นประสาท บริเวณแขนขาที่ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายมากและมีอาการบวม พยาบาลจึงควรมีความตระหนักถึงการได้รับบาดเจ็บของเส้นเลือดและเส้นประสาทบริเวณนั้นว่าได้รับอันตรายร่วมด้วยหรือไม่

2.3 การใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก ซึ่งความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่

2.3.1 การติดเชื้อตรงบริเวณ pin (ในกรณีใส่ skeletal traction)

2.3.2 ผลกระทบต่อเส้นเลือดเส้นประสาท (กรณีใส่ skin traction) ซึ่งเกิดได้จากการพันผ้ายึดแน่นเกินไป ทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตไม่ดี จะมีอาการชา เย็นและบวม บริเวณหลังเท้า นิ้วเท้า นอกจากนี้อาจมีการกดทับเส้นประสาทเพอร์โรเนียล (peroneal nerve) ซึ่งอยู่ตรงบริเวณคอของกระดูกฟิวลา (neck of fibula) จะทำให้เกิดอาการปวดบริเวณหลังเท้า ผู้ป่วยจะเหยียดเท้าออกด้วยความลำบากหรือไม่มีแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดอาการแพ้พลาสติกได้ โดยเฉพาะในวัยเด็กหรือสูงอายุ ซึ่งผิวหนังมีความบอบบางกว่าคนในวัยอื่น อาการที่พบคือผิวหนังจะพองเป็นสีม่วงช้ำและถลอกเกิดเป็นแผลขึ้นมาได้

2.3.3 แผลกดทับที่ขา ซึ่งมักจะเกิดบริเวณสันเท้า เอ็นร้อยหวาย ถ้าเกิดแผลบริเวณเอ็นร้อยหวาย จะทำให้มีการหดสั้นของเนื้อเยื่อบริเวณนี้ ซึ่งจะเป็นปัญหาในเรื่องการ

ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับการเดิน นอกจากนี้ตรงตำแหน่งที่เป็นขอบของเครื่องพยุงเครื่องตาม (splint) ต่าง ๆ อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ เช่น บริเวณโคนขา

2.3.4 ความเสี่ยงจากการนอนบนเตียงนาน ๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

3. การบริหารความเสี่ยง

3.1 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง เป็นสิ่งที่รู้จักกันในภาคอุตสาหกรรมมานานกว่า 30 ปีแล้ว ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับเรื่องของการประกัน และการเรียกร้องค่าเสียหาย การนำแนวคิดนี้เข้ามาใช้กับโรงพยาบาล ทำให้เกิดความหมายที่กว้างขวางขึ้น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

Brown (1998) ให้ความหมายว่าเป็นการป้องกันการสูญเสียที่ต้องรับผิดชอบ ควบคุมปัญหาด้านกฎหมาย และเป็นศาสตร์ในการค้นหา ประเมินและบำบัดความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหาที่นำมาซึ่งความสูญเสียขององค์กร

Swansburg (1996) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่มีการค้นหา วิเคราะห์ บำบัดความเสี่ยง และประเมินอันตรายที่เกิดขึ้นจริงและที่อาจจะเกิดขึ้น

ฟาริดา อิบราฮิม (2537) ให้ความหมายว่า เป็นความรับผิดชอบที่จะป้องกันและควบคุมความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์ ประเมินผล และวางแผนเพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2539) ให้ความหมายว่า เป็นการประเมินความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดในโครงสร้างองค์กรและวิธีปฏิบัติงานเพื่อนำไปสู่การจัดทำโปรแกรมและการบริหารในการควบคุมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดความสูญเสียต่างๆ และวัตถุประสงค์หลักของการบริหารความเสี่ยงคือการลดความสูญเสียให้เหลือน้อยที่สุดที่ยอมรับด้วยต้นทุนต่ำสุด

กฤษดา แสงดี (2542) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการค้นหาความเสี่ยง และมีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

1. เพื่อลดอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ผู้ใช้ และผู้ให้บริการ
2. เพื่อลดโอกาสที่จะสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการหรือระบบบริหาร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัด การกับความเสี่ยง และการประเมินผล

อาจสรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงหมายถึง การบริหารโดยใช้กระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล ในการป้องกัน ควบคุม และลดความผิดพลาดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

3.2 ความเป็นมาของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เริ่มต้นในสหรัฐอเมริกาโดยในปี ค.ศ. 1965 ได้มีการฟ้องร้อง Darling V. Chartestion Community Memorial Hospital โทษฐานละเลยทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา ซึ่งมีสาเหตุมาจากพยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลกับแพทย์และโรงพยาบาล ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแพทย์ไม่ได้ให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (ภวพร ไพศาล วัชรกิจ, 2542) ซึ่งต่อมาได้มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายกันมากขึ้นจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ในวงการแพทย์ โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการเพื่อที่ลดความเสียหายจากการเรียกร้องต่าง ๆ เหล่านั้น โดยกิจกรรมที่กระทำในขณะนั้นมี 3 แนวทางด้วยกันคือ (กฤษดา แสงวดี, 2542)

3.2.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) โดยโรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมหรือให้บริการพิเศษต่างๆ ที่ตนไม่มีความชำนาญหรือมีทรัพยากรไม่เพียงพอ

3.2.2 การยอมรับความเสี่ยง (Risk retention) โดยโรงพยาบาลจัดเงินงบประมาณไว้ส่วนหนึ่งเพื่อชดใช้ค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้น โดยส่วนนี้ทางโรงพยาบาลพิจารณาแล้วว่าเป็นส่วนที่น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง

3.2.3 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) โดยการที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความรับผิดชอบเรื่องการชดใช้ค่าเสียหายในเรื่องความเสี่ยงให้หน่วยงานอื่น โดยการซื้อประกันภัย และบริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายในเรื่องของความเสี่ยงแทนโรงพยาบาล

แต่จากแนวทางการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ได้ทำคดีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายลดลงกลับทวีจำนวนมากขึ้น บริษัทประกันหลายแห่งได้ยกเลิกประกันหรือเพิ่มเบี้ยประกันให้สูงขึ้น และหลายแห่งได้มีการตั้งเงื่อนไขกับโรงพยาบาลที่จะทำประกันว่าจะต้องมีแบบการบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ จึงจะสามารถทำประกันได้ และในปี ค.ศ. 1991 ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และได้มีการพัฒนาการใช้การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจนในปัจจุบันนี้ การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการหลัก 1 ใน 3 ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของ Hospital Accreditation (สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล, 2545)

3.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk management process)

การบริหารความเสี่ยงคือกระบวนการหรือระบบบริหารซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้น ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543)

3.3.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อที่จะได้วางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมต่อไป การค้นหาความเสี่ยงอาจศึกษาได้จากสิ่งต่อไปนี้

3.3.1.1 รายงานอุบัติการณ์ (incident report) เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) และใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการค้นหาความเสี่ยง (Duran, 1979) รายงานอุบัติการณ์ถือเป็นสิ่งสำคัญ ให้ระบบการบริหารความเสี่ยงมีคุณภาพ (Wilson, 1999) การเขียนรายงานอุบัติการณ์ ควรจะเขียนทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น โดยผู้ที่จะเห็นหรือพบเหตุการณ์เป็นคนแรก เป็นคนที่เขียนบันทึกโดยเขียนอธิบายให้เห็นถึงข้อเท็จจริง สถานที่เวลาที่เกิดเหตุการณ์ ข้อความที่เขียนต้องมีความถูกต้องสมบูรณ์ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายให้ลงชื่อผู้บันทึกและเวลาที่บันทึกไว้ด้วย ถ้าไม่ได้บันทึกในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ต้องเขียนเวลาที่บันทึกจริง พร้อมทั้งกล่าวอ้างถึงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ และบุคคลที่เข้ามาแจ้งเหตุการณ์ ในกรณีที่ผู้บันทึกไม่ได้เห็นเหตุการณ์เป็นคนแรก แบบบันทึกควรมีหลายชุดเพื่อส่งให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบทั่วถึงกันในการส่งรายงานอุบัติการณ์นั้น หน่วยงานจะต้องระบุให้ชัดเจนว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์ควรเขียนเมื่อไรอย่างไร และการส่งรายงานต้องส่งที่ใคร และบุคคลที่เกี่ยวข้องอีกกี่คนที่จะต้องรับทราบเรื่องนี้ และสิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการให้บุคลากรในที่มสุภาพทุกคนรับรู้และตระหนักว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์ไม่ใช่การรายงานความผิด หรือเป็นการกล่าวโทษผู้อื่น แต่เป็นการกระทำที่สามารถช่วยหน่วยงานในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดตามมาภายหลัง และเป็นการกระทำที่จะช่วยลดความบาดเจ็บหรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งในใบรายงานอุบัติการณ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีหัวข้อความเสี่ยงที่เป็นหัวข้อหลักดังต่อไปนี้ 1) ความปลอดภัย/ตก/ล้ม 2) การติดต่อสื่อสาร 3) ยา/สารน้ำ/เลือด 4) เครื่องมือ 5) การวินิจฉัย/รักษา 6) การคลอด 7) การผ่าตัด/วิสัญญี 8) อื่น ๆ

3.3.1.2 คำร้องเรียนของผู้ป่วย (Patient complaints) ในปัจจุบันคำร้องเรียนของผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุของการร้องเรียนอาจมาจากความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความผิดพลาดในการให้บริการหรือการบริการที่ล่าช้า คำร้องเรียนของผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะเป็นสัญญาณเตือนให้ผู้บริหารรับทราบถึงข้อมูลและปัญหาที่ตามมา และการแก้ไขปัญหานั้นทันที จะทำให้ยับยั้งความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้

3.3.1.3 การสำรวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน (Departmental survey) ในการค้นหาความเสี่ยง การสำรวจในสถานที่โดยบุคคลที่ไม่ได้ทำงานประจำในหน่วยงานเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้สามารถค้นหาความเสี่ยงด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมและวิธีทำงาน แต่ต้องระมัดระวังไม่ให้การสำรวจนี้เป็นการจับผิดผู้อื่น วิธีการแก้ไขคือ สำรวจแล้วให้รวบรวมความเสี่ยงทั้งหมดเข้าในบัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล แล้วจึงส่งให้แต่ละหน่วยงานตรวจสอบตนเองว่ามีความเสี่ยงเหล่านี้หรือไม่ นอกจากนี้การสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ จะเป็นประโยชน์ในการทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานและโรงพยาบาล

3.3.1.4 การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review) เป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาว่าในหน่วยงานมีขั้นตอนไหนในการทำงาน ที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้บ้าง

3.3.2 การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ทำได้ 2 กรณี คือ

3.3.2.1 การจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) เป็นการพิจารณาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงทั้งหมดและความรุนแรงหรือความสูญเสียจากความเสี่ยงนั้น ๆ ซึ่งความสูญเสียที่เกิดขึ้นอาจมีผลทางคลินิก มีผลต่อภาพพจน์ของบุคลากร หน่วยงาน และองค์กร และรวมทั้งความสูญเสียด้านทรัพย์สินเงินทองด้วย ในขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงนี้ต้องสรุปได้ว่าอะไรคือความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไขและกำหนดแนวทางป้องกันโดยเร็ว หรือเป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยจัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้ (กฤษดา แสงดี, 2542:)

กลุ่มที่ 1	เกิดไม่บ่อย	ไม่รุนแรง
กลุ่มที่ 2	เกิดบ่อย	ไม่รุนแรง
กลุ่มที่ 3	เกิดไม่บ่อย	รุนแรง
กลุ่มที่ 4	เกิดบ่อย	รุนแรง

ในกลุ่มที่ 4, 3 และ 2 เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากไปหาน้อย โดยตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขโดยเร่งด่วน รวมทั้งกำหนดแนวทางการรายงาน และการทบทวนที่ชัดเจน ส่วนในกลุ่มที่ 1 อาจใช้เพียงกำหนดวิธีปฏิบัติให้ชัดเจนก็เป็นการลดความเสี่ยงได้

3.3.2.2 การควบคุมความเสียหาย เป็นการประเมินขั้นต้นด้วยสัญชาตญาณ และการตอบสนองอย่างฉับพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้อยู่ในเหตุการณ์จะต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น ในขณะที่กำลังแก้ไขเหตุการณ์นั้น ควรจะมีคำถามในใจอย่างต่อเนื่องว่า เกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสาเหตุ ผลลัพธ์ จะเป็นอย่างไร และเราสามารถที่จะจัดการเองได้

หรือต้องการความช่วยเหลือ เมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วต้องย้อนกลับไปหาคำถามว่าอะไรเป็นสาเหตุเพื่อนำไปสู่การสืบค้นให้มั่นใจว่า จะไม่มีอันตรายเพิ่มหรือเกิดเหตุการณ์ซ้ำขึ้นอีกและ กิจกรรมสุดท้ายที่ต้องทำคือการรายงานให้ผู้บังคับบัญชาที่อยู่สูงขึ้นไปทราบ ภายในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

3.3.3 การจัดการกับความเสียหาย (Action to manage risk) เป็นการกระทำเพื่อจัดการกับความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยการจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน คือการควบคุมความสูญเสีย ส่วนการบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย เป็นการจัดการในระดับโรงพยาบาล

3.3.3.1 การควบคุมความสูญเสีย มีกลยุทธ์ที่สำคัญได้แก่

1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เป็นการหลีกเลี่ยงโดยไม่ทำกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสีย เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (ภัทรพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542)

2) การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) เป็นการโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น เช่น การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

3) การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) มีหลายวิธีได้แก่

3.1) การป้องกันเช่นการใส่เสื้อตะกั่วสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่เอกซเรย์ การฉีดวัคซีน การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการทำหัตถการบางอย่าง

3.2) การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การจำกัดผู้ใช้เครื่องมือ การทดสอบระบบสำรอง

3.3) การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การรับส่งผู้ป่วยของห้องผ่าตัด

3.4) การเฝ้าระวังความเสี่ยงและคุณภาพการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งอาจใช้วิธีการเยี่ยมสำรวจโดยผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงหรือการติดตามจากรายงานการเฝ้าระวัง นอกจากนี้กิจกรรมการเฝ้าระวังผลลัพธ์จากการดูแลที่เกิดกับผู้ป่วย (patient outcomes) ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสังคม เช่น ความคาดหวัง ความพึงพอใจ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการปฏิบัติ เช่นผู้ป่วยเกิดแผลกดทับหรือผู้ป่วยมี nerve damage จากการจัดท่าที่ไม่ถูกต้องล้วนเป็นผลของการปฏิบัติทั้งสิ้น การเฝ้าระวังคุณภาพการดูแลจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำผลมาสู่การกำหนดแนวทางแก้ไข

3.5) การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ซึ่งถือเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่ได้ผลมากที่สุด (กฤษฎดา แสงดี, 2542) พร้อมทั้งสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงสม่ำเสมอเพื่อให้

ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้และทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง

4) การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Loss reduction) คือการดูแลแก้ปัญหาด้วยความเอาใจใส่ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา การสื่อสารความเข้าใจที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันการฟ้องร้องที่อาจตามมาภายหลังได้

5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation) คือการแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

3.3.3.2 การชดเชยค่าเสียหาย

1) การชดใช้ค่าเสียหายโดยโรงพยาบาล

2) การถ่ายโอนความรับผิดชอบให้องค์การอื่น เช่นการทำประกันกับบริษัทประกันภัย

3.3.4 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ทบทวนถึงผลของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็น 2 ระดับคือ

3.3.4.1 การประเมินผลในระดับแผนก จะเชื่อมโยงกลับไปยังเครื่องชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ ซึ่งกิจกรรมที่ควรประเมินได้แก่

1) การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

2) การทบทวนเหตุการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ ทั้งที่มีมาตรการป้องกันมากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ ควรใส่ใจว่าอุบัติการณ์นั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว อุตการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดียวหรือเป็นเรื่องของระบบ และมีโอกาสที่จะเกิดซ้ำได้หรือไม่

3) การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

3.3.4.2 การประเมินผลระดับโรงพยาบาล ควรทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยดูจากประสบการณ์ความเสี่ยงที่ผ่านมาและความสูญเสียที่เกิดขึ้น และพิจารณาว่าต้องเพิ่มยุทธศาสตร์อะไรบ้าง ซึ่งประเด็นที่ควรทบทวน ได้แก่

1) อัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของความเสี่ยง และการจ่ายเงิน โดยเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในอดีต และเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ

2) กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการในรอบปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

3) ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่
ภายใต้สมมติฐานว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง

3.4 การบริหารความเสี่ยงกับการประกันคุณภาพการพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงกับการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยว
กัน โดยแนวคิดและกิจกรรมหลักหลายประการที่การดำเนินการทั้ง 2 ระบบ ไม่อาจแยกจากกันได้
ดังนี้ (กฤษดา แสงดี, 2542)

3.4.1 การประกันสุขภาพ มีเป้าหมายสำคัญคือ การรักษาระดับคุณภาพตาม
มาตรฐานที่กำหนด เป็นการรับประกันว่าผู้ใช้จะได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดย
อาศัยอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ ซึ่งโรงพยาบาล
ต้องประกันให้ได้ว่าผู้ใช้บริการจะต้องได้รับความปลอดภัยหรือมีความเสี่ยงให้น้อยที่สุด
โดยโรงพยาบาลต้องมีการกำหนดแนวทาง หรือระเบียบวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่
อาจเกิดขึ้น ต้องมีการติดตามนิเทศให้มีการปฏิบัติตามนั้นอีกทั้งต้องมีการประเมินค้นหาและ
ทบทวนความเสี่ยงหรือช่องว่างที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง และทำการพัฒนาปรับปรุงวิธีการ
มาตรการเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานใหม่หรือวางระบบใหม่เพื่อเป็นการรับประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับ
ความปลอดภัยอย่างแท้จริง

3.4.2 กิจกรรมที่ดำเนินการในการประกันคุณภาพ เป็นกิจกรรมที่ใช้ค้นหา
ความเสี่ยงด้วยเช่นกันได้แก่กิจกรรมต่อไปนี้

3.4.2.1 การกำหนดมาตรฐานและวิธีปฏิบัติในแต่ละกระบวนการหลัก
ในการดูแลผู้ป่วย

3.4.2.2 การทบทวนเวชระเบียน

3.4.2.3 การทบทวนภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อในโรงพยาบาล และ
การเสียชีวิต

3.4.2.4 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มวิชาชีพ

3.4.2.5 ระบบรายงานอุบัติการณ์

3.4.2.6 การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

3.4.2.7 การวิเคราะห์ทบทวนข้อร้องเรียนของผู้ป่วย ผู้ให้บริการและ
เจ้าหน้าที่

3.4.2.8 การทบทวนรายงานการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยจากการทำงาน
ของเจ้าหน้าที่

3.4.2.9 การทบทวนตรวจสอบสุขภาพของเจ้าหน้าที่

- 3.4.2.10 การตรวจสอบความปลอดภัยของอาคารสถานที่
- 3.4.2.11 การทบทวนการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล
- 3.4.2.12 การนิเทศกำกับและการฝึกอบรมเพื่อให้มีการปฏิบัติตาม

มาตรฐาน

- 3.4.2.13 การเฝ้าระวังและการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ

จากสิ่งที่ได้กล่าวมาแล้วทำให้มีหลายโรงพยาบาลได้ผสมผสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงเข้าไปในโปรแกรมประกันคุณภาพของโรงพยาบาลในปัจจุบัน การบริหารความเสี่ยงมีขอบเขตที่กว้างขึ้น และครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (กฤษฎา แสงดี, 2542)

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สอดคล้องกับ

มาตรฐานวิชาชีพ

2. ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การให้ยา หรือการทำหัตถการ
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการค้นหาเฝ้าระวังและ

จัดการเพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยง

7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้น
8. สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพ

การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย หน่วยงานไม่ได้รับการฟ้องร้องที่จะทำให้เกิดความเสียหายและความสูญเสียได้ที่สำคัญคือทำให้เกิดความเชื่อถือแก่ผู้ใช้บริการ แต่การบริหารความเสี่ยงจะไม่ประสบผลสำเร็จถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติ ดังนั้นการใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การบริหารความเสี่ยงประสบความสำเร็จได้

4. การบริหารแบบมีส่วนร่วม

4.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

ทศนา แสงศักดิ์ (2539) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะมีลักษณะกว้างกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพราะไม่เพียงแต่จะให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่านั้นแต่จะให้เข้าไปเกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง

แปลงสิ่งต่างๆ ตลอดจนมีส่วนร่วมในกระบวนการตามขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรมการบริหารงานด้วย

ธงชัย สันติวงษ์ (2539) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีบริหารที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานในด้านต่างๆ เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือและข้อคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของนักบริหาร รวมทั้งการให้โอกาสมีอิสระกับกลุ่ม ที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมายและนโยบายได้อย่างกว้างๆ

สมยศ นาวิการ (2545) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมคือกระบวนการของการให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การบริหารแบบมีส่วนร่วมเน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของบุคคล ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของผู้ใต้บังคับบัญชาในการแก้ปัญหาของการบริหารที่สำคัญ การบริหารแบบมีส่วนร่วมอยู่บนพื้นฐานของแนวความคิดของการแบ่งอำนาจหน้าที่ที่ถือว่าผู้บริหารแบ่งอำนาจหน้าที่การบริหารของพวกเขาให้เข้ากับผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา และต้องการให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงในกระบวนการตัดสินใจที่สำคัญขององค์การไม่ใช่เพียงแค่สัมผัสปัญหา หรือแสดงความห่วงใย

Maier (1963 อ้างใน จูรี เพ็ชรรัตน์, 2534) ให้ความหมายของลักษณะการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นลักษณะของการส่งเสริมหรือสนับสนุนความคิดที่เป็นอิสระ การวิเคราะห์ปัญหา การเลือกเป้าหมาย การวางแผนและการจัดตารางการทำงาน ผู้บังคับบัญชาต้องดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดในประเด็นที่สะท้อนมาจากผู้ใต้บังคับบัญชา รวมทั้งให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เห็นถึงเป้าหมายขององค์การ ตลอดจนพิจารณาถึงการเคลื่อนไหวของข่าวสาร ข้อมูลที่จะส่งไปสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีการสื่อสารที่เพียงพอ

Sashkin (1984) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมคือกระบวนการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงบทบาทโดยตรง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง

อาจสรุปได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วม คือการที่ผู้ใต้บังคับบัญชามีโอกาสเข้าร่วมในการปรึกษาหารือและที่สำคัญคือได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในประเด็นต่างๆ ซึ่งการบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความพึงพอใจในงานและมีความผูกพันในงานมากขึ้น

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

Likert (1961) ได้เสนอผลงานเกี่ยวกับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม นั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับงานที่กระทำโดยกลุ่มผู้บริหารจะมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างเต็มที่ การติดต่อสื่อ

สารไม่เพียงแต่จากบนลงล่าง (downward communication) และจากล่างขึ้นไปข้างบน (upward communication) แต่ยังมี การติดต่อสื่อสารตามแนวนอน (horizontal communication) ระหว่างเพื่อนร่วมงานที่อยู่ระดับเดียวกัน ในการจูงใจผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาผู้บริหารไม่เพียงแต่ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่จะพยายามทำให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีความรู้สึกว่าพวกเขามีความสำคัญ ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้บริหารกับผู้ใต้บังคับบัญชา จะเป็นอย่างตรงไปตรงมาภายในบรรยากาศของความเป็นมิตรภาพ องค์การที่เป็นทางการและองค์การไม่เป็นทางการจะเข้ากันได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้แล้ว Likert ยังได้แสดงให้เห็นถึงสาระสำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้คือ

1. ผู้บังคับบัญชารับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ใต้บังคับบัญชา เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาถกเถียงปัญหาของตนได้ ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาต่างยอมรับนับถือและไว้วางใจกัน
2. ผู้บังคับบัญชากระตุ้นจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารกิจการขององค์การ กระตุ้นให้เกิดทัศนคติในทางเกื้อกูลองค์การ นำองค์การสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้
3. ระบบการติดต่อสื่อสารภายในองค์การมีความคล่องตัว เป็นไปโดยอิสระทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ ข่าวสารภายในองค์การมีความถูกต้องเพียงพอเชื่อถือได้
4. ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา มีปฏิริยาโต้ตอบกันอย่างเปิดเผย และโดยกว้างขวางเกี่ยวกับเป้าหมายขององค์การ การปฏิบัติงานและกิจการต่างๆ ภายในองค์การ
5. การตัดสินใจต่างๆ กระทำโดยกลุ่มในทุกระดับขององค์การ
6. เปิดโอกาสให้กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มากขึ้นและถูกต้องตามความประสงค์อย่างแท้จริง
7. การควบคุมงานลักษณะกระจายไปในหมู่ผู้ร่วมงานให้มีการควบคุมตนเอง และเน้นในเรื่องการแก้ปัญหาเป็นหลัก หลีกเลี่ยงการควบคุมด้วยวิธีการตำหนิหรือดูด่าว่ากล่าว
8. ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญของการพัฒนาพนักงานโดยการฝึกอบรม เพื่อให้การทำงานมีผลงานสูงสุดและสำเร็จตามเป้าหมาย

จากแนวคิดของ Sashkin ที่กล่าวว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม คือกระบวนการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงบทบาทโดยตรงใน 4 ด้านคือ การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถขยายความได้ดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Participation in Goal Setting) หมายถึงการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายขององค์การ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้นต้องพยายามไปให้ถึง โดยคำนึงถึงผลผลิตหรือการบรรลุให้ถึงผลสำเร็จของงานนั้นด้วย

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) หมายถึงการที่ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมตั้งแต่การปรึกษาหารือจนกระทั่งถึงการมีส่วนร่วมหรือมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีส่วนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ในการตัดสินใจนั้นควรเลือกการตัดสินใจที่ให้ผลบวกมากที่สุดและให้ผลลบน้อยที่สุด และเมื่อกลุ่มเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ การอภิปรายจะใช้รูปแบบของความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์ กระบวนการตัดสินใจต้องการความคิดเห็นที่ตรงกันของคนทั้งหมด แต่เมื่อมีคนไม่เห็นด้วยให้ใช้ข้อสรุปของกลุ่มเป็นการตัดสินใจ

3. การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in Problem Solving) เป็นขั้นตอนที่ผู้ใต้บังคับบัญชาจะต้องใช้ความคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาความคิดใหม่ๆโดยอาศัยข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่เป็นพื้นฐาน การระดมสมองเป็นวิธีการหนึ่งของการใช้กลุ่มให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงออก ซึ่งความคิดเห็นโดยไม่มีมีการวิจารณ์ความคิดของคนอื่นโดยเด็ดขาด ในการนี้ผู้บริหารต้องแสดงความชื่นชมและให้การสนับสนุนในการแสดงออกของผู้ใต้บังคับบัญชา

4. การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Participation in Change) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีความยากและซับซ้อนมากที่สุด เพราะทั้งผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาจะต้องร่วมในการวิเคราะห์ และอธิบายข้อมูลขององค์การ เพื่อที่จะทำการพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมสำหรับนำมาแก้ปัญหาขององค์การ

Sashkin กล่าวถึงประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่าจะทำให้เกิดผลประโยชน์ที่สำคัญต่อผู้ใต้บังคับบัญชาในด้านความพึงพอใจเบื้องต้น 3 ประการคือ ความมีอิสระในตัวเอง ได้ทำงานที่สำคัญๆร่วมกับบุคคลอื่น และมีโอกาสได้รับความสำเร็จจากการปฏิบัติงานที่สำคัญนั้นๆ

Swansburg (1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1. การไว้วางใจกัน (Trust) การไว้วางใจกันเป็นปรัชญาพื้นฐานของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ เรียบร้อย หากได้รับการยอมรับไว้วางใจจากผู้บริหาร ผู้บริหารที่ให้อำนาจและให้ความไว้วางใจแก่ผู้ร่วมงานจะทำให้เห็นถึงความสามารถของผู้ปฏิบัติงานและข้อบกพร่องของผู้ปฏิบัติงานได้

2. ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและ

ฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความยึดมั่นผูกพัน ซึ่งเป็นลักษณะที่ได้จากการให้โอกาสเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้บริหารที่มีความยึดมั่นผูกพันกับองค์การ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาล เกิดจากการที่ผู้ปฏิบัติงานรู้ถึงเป้าหมายขององค์การ ผู้ปฏิบัติงานควรมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับผู้บริหาร ประสบการณ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความขยัน หมั่นเพียร อุทิศสละ ผลผลิตในการทำงานมีมากขึ้นจะเห็นได้ว่าภายใต้การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

3. การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Goals and Objectives) ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมนุษย์มีการทำงานร่วมกัน ดังนั้นการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการร่วมกันปรับปรุงพัฒนาเป้าหมายขององค์การ ย่อมช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ เพราะทุกคนมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการทำงานที่มีทิศทางเดียวกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ผลผลิตหรือผลงานที่ออกมาย่อมมีประสิทธิภาพ

4. ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน (Autonomy) ผู้ปฏิบัติงานต้องการความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ในการตัดสินใจ ในงานของตนเอง ซึ่งจะทำให้มีความทุ่มเทและเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เต็มความรับผิดชอบที่ตนได้รับ

5. ลักษณะด้านอื่นๆ (Other Characteristics) การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีปัจจัยที่ครอบคลุมหลายด้าน แต่ควรจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจมิใช่บังคับ บรรยากาศองค์การถือได้ว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมหรือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์การ ซึ่งการบริหารแบบมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นโดยมีผู้ให้การสนับสนุน โดยจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และผู้ที่มีความกระตือรือร้น

สภาพแวดล้อมในองค์การถือได้ว่ามีส่วนสนับสนุน ส่งเสริมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในองค์การพึงระลึกไว้ว่า เงื่อนไขต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงถือได้ว่าเป็นสิ่งที่จริง ผู้บริหารควรจะต้องรับฟังข้อเสนอแนะต่างๆ และให้การสนับสนุนส่งเสริมซึ่งข้อเสนอแนะต่างๆ ผู้บริหารจะต้องทำการประเมินผลและใช้ข้อมูลเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์

Dubrin (1984 อ้างถึงในทัศนาศาสตร์, 2539) กล่าวว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วม นั้นลักษณะของผู้นำหรือผู้บริหารเป็นสิ่งสำคัญ ลักษณะของผู้นำหรือผู้บริหารแบบมีส่วนร่วมที่ถูกต้องถึงมากที่สุด 10 ประการ ได้แก่

1. ให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาแจ้งสถานการณ์ที่เป็นจริงทั้งดีและไม่ดีในทุกสถานการณ์
3. ระมัดระวังและสนใจในเรื่องขวัญและกำลังใจของผู้ใต้บังคับบัญชาและพยายามทำทุกอย่าง เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีกำลังใจที่ดี
4. สามารถเข้าถึงหรือพบได้ง่าย

5. ให้คำปรึกษา อบรม และพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชา
6. มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ใต้บังคับบัญชา
7. มีความรอบคอบและยอมรับความคิดของคนอื่น
8. มีความปรารถนาในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในการทำงาน
9. มีความปรารถนาในการสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชา
10. แสดงความประทับใจ เมื่อผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานได้ดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่นอายุ ประสบการณ์ จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการบริหารงาน เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจะช่วยให้ผู้บริหารแสดงพฤติกรรมที่ดีขึ้น
2. ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารที่ดีก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันและมีผลเชื่อมโยงให้เกิดแรงจูงใจต่อผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความรู้สึกที่ดี ทำให้เกิดความจงรักภักดีและยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1. ประโยชน์ต่อองค์การ ทำให้องค์การมีการทำงานแบบยืดหยุ่น มีประสิทธิผลเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้ใต้บังคับบัญชากับองค์การ ลดการขาดงาน การลาหรือการโอนย้ายเข้า ออก เนื่องจากความกดดันจากงาน
2. ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการ การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ความคิดสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ความสามารถของทีมงานจะได้รับการตอบแทนที่สูงขึ้น ลดบรรยากาศความกดดัน การแก้ปัญหาความขัดแย้งทำได้ง่ายขึ้น
3. ประโยชน์ต่อพนักงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ออกให้เกิดความพึงพอใจในงานและรู้สึกมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือในเรื่องของคุณภาพและเป้าหมายในการให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานจะรู้สึกผูกพันกับงานและองค์การ การลาป่วย ขาดงาน มาทำงานสายลดน้อยลง เพิ่มความรู้สึกเคารพตนเองและเชื่อมั่นในตนเองจากการเพิ่มพูนทักษะในการทำงานและได้ผล ประโยชน์ตอบแทนที่ดี

ข้อจำกัดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมนอกจากจะมีประโยชน์แล้ว ในขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัด การทราบข้อจำกัดจะทำให้สามารถใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อจำกัด เหล่านั้นได้แก่

1. ความแตกต่างของบุคลิกภาพ ชีตความสามารถและทัศนคติของแต่ละบุคคล
2. ต้องทำด้วยความสมัครใจ ถ้าถูกบังคับก็มีส่วนทำให้การบริหารไม่ได้ผลเท่าที่ควร

3. ทักษะและพฤติกรรมของผู้ร่วมงาน จะต้องมึลักษณะนิสัยชอบการประนีประนอม จึงจะทำให้การบริหารแบบมีส่วนร่วมได้ผล

4. บางครั้งต้องอาศัยเวลาในการที่จะพิจารณาในบางเรื่อง ในทางปฏิบัติแล้วบางเรื่อง ต้องการตัดสินใจที่รวดเร็ว จึงไม่สามารถนำการบริหารแบบมีส่วนร่วมไปใช้ได้ แต่ในบางเรื่อง สามารถนำมาพิจารณาร่วมกันก่อนได้ซึ่งต้องคำนึงและปรับให้เข้ากับสถานการณ์

5. ความพร้อมของหน่วยงาน หากอยู่ในสถานที่ต้องการคำสั่งโดยตรงจากผู้บังคับบัญชาหรือต้องควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องการคงไว้ซึ่งอำนาจในการตัดสินใจ วิธีการบริหารแบบมีส่วนร่วมจึงไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์เช่นนี้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มณีรัตน์ โภทชงรัก (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลในด้านความเสี่ยงจากการให้ยา ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชวลี แยมวงษ์ และคณะ (2539) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูงคือร้อยละ 11.18 กลุ่มที่เกิดแผลกดทับเป็นกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังและซับซ้อน ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ พบว่าผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับมากกว่า นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลลัพธ์คือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ ซึ่งมีผลทำให้สิ้นเปลืองและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น ซึ่งเป็นความสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจของบุคคลในประเทศชาติ และมีผลต่อสุขภาพโดยรวมด้วย

วรวรรณ เหนือคลอง และคณะ (2540) ศึกษาย้อนหลังถึงสาเหตุ ความรุนแรง วิธีการแก้ไขและแนวทางป้องกันการให้ยาผิดพลาด กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา ให้เลือดและสารละลายทางหลอดเลือด ที่เกิดขึ้นในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2531-2537 จำนวน 62 ราย พบว่ามีอุบัติเหตุความผิดพลาดในการให้ยาให้เลือด และให้สารละลายทางหลอดเลือด ร้อยละ 68.9 16.4 และ 14.7 ตามลำดับ อุบัติการณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.9) เกิดในเวรเช้า อายุงานของผู้ปฏิบัติงาน 0-3 ปี สาเหตุการให้ยาผิดพลาดเกิดขึ้นจากความบกพร่องในการปฏิบัติและการขาดความรู้ ร้อยละ 11.5 ความรุนแรงของการให้ยาผิดพลาด อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 70.5 รุนแรงมาก ร้อยละ 21.3 และรุนแรงน้อย

ร้อยละ 8.2 ผลกระทบนี้เกิดกับผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือได้ สังเกตอาการหรือต้องให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยร้อยละ 49.1 สำหรับแนวทางในการป้องกันการให้ยาผิดพลาดคือ การป้องกันในด้านการปฏิบัติงานและการปรับปรุงระบบงาน

สำลี บุญศรีรัตน์ และคณะ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการลดการเกิดแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย เลือกระบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ตามเครื่องมือของ กอสเนลล์ (Gosnell) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการทดลองโดยแบบสังเกต มีค่าความเที่ยง 0.8 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี อายุเฉลี่ย 51-67 ปี ลักษณะการเจ็บป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและหลอดเลือดสมองจำนวนใกล้เคียงกัน ระดับความรู้สึกตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรง ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความเสี่ยงก่อนทดลองกับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hudson, T. (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลใน Maryland 40 แห่ง โดยศึกษาถึงประสบการณ์การถูกฟ้องร้องตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1981 พบว่า โรงพยาบาลจะมีคดีและความรุนแรงของคดีลดน้อยลงเมื่อ 1) มีการให้การศึกษแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของการบริหารความเสี่ยงของพวกเขา 2) มีแนวทางในการปฏิบัติให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่ทางคลินิก เมื่อเกิดเหตุการณ์ข้อผิดพลาดในหน่วยงาน 3) มีคณะกรรมการตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง พร้อมกับมีกฎระเบียบในการรายงานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

Healey, F. (1994) ศึกษาถึงชนิดของพื้นที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหกล้มเปรียบเทียบระหว่างพรมและพื้น Vinyl โดยทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุหกล้ม 2 กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 225 คน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มบนพรมมีเพียงร้อยละ 17 ที่เกิดการบาดเจ็บ แต่ถ้าหกล้มบนพื้น Vinyl จะเกิดการบาดเจ็บถึงร้อยละ 46

Boyd (1995 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542) ศึกษาการระบุบทบาทและความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้จัดการความเสี่ยงในกระบวนการบริหารความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 15 คน พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการสืบสวนเหตุการณ์ (Occurrence investigate) และมีกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล จะรับรู้บทบาทความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง

แนวคิดของโครงการ

ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ มีสาเหตุ 2 ประการคือ จากภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วยและจากวัตถุประสงค์ในด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจะมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้มากสาเหตุหนึ่งเพราะต้องนอนโรงพยาบาลนานเช่นผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการดัดถ่างกระดูกหรือผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์นี้ เมื่อเกิดขึ้นทำให้เกิดผลเสียหลายประการ เช่นสูญเสียเวลา ทรัพย์สินเงินทองและเพิ่มปัญหาด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย (ชวลี แยมวงษ์, 2539) ด้านโรงพยาบาลที่เป็นฝ่ายรักษาซึ่งปัจจุบันไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยได้รายได้ของโรงพยาบาลมาจากการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลของตน ดังนั้นโรงพยาบาลทุกแห่งจึงต้องควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อให้ยังคงมีสภาพคล่องทางการเงินอยู่

ในกรณีนี้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาเกิดมีภาวะแทรกซ้อนขึ้นเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นถ้าผู้ป่วยประเภทนี้มีจำนวนมากหรือมีอาการรุนแรง อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาด้านการเงินได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนย่อมแสดงถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ยังต้องการการพัฒนาอยู่ วิธีที่ดีที่สุดที่จะไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์คือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงนั้นๆ โดยผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เป็นการเข้าไปค้นหาปัญหาและหาทางจัดการหรือป้องกันก่อนที่จะเกิดผลเสียตามมาและในการปฏิบัติที่จะให้เกิดผลดีนั้นพยาบาลนับว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญเพราะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรกรกลุ่มอื่นๆ ถ้าพยาบาลมีความตระหนักและได้เข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้การบริหารความเสี่ยงนั้นประสบความสำเร็จด้วยดี เพราะการบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรได้แสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน มีอิสระทางความคิด ได้มีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ผลผลิตของงานสูงขึ้นและบุคลากรมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin, (1982) ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง มาบูรณาการกับการบริหารความเสี่ยงจัดเป็นโครงการให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจากแผนกออโรโธปิดิกส์รวมจำนวนทั้งหมด 12 คน ร่วมกันพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช หลังจากนั้นแล้วนำแนวทางที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย และผู้ศึกษาติดตามการนำแนวทางฯไปใช้เป็นเวลา

2 สัปดาห์และให้ผู้เข้าโครงการทุกคนร่วมอภิปรายถึงข้อดีและข้อบกพร่องของแนวทางฯ และผู้
ศึกษาทำการปรับปรุงแก้ไข

กรอบแนวคิดของโครงการ

การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นฝึกอบรมโดยการให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมาประชุมร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและผลงานในการค้นหาความเสี่ยงในอดีตและปรับปรุงการเขียนรายงานอุบัติการณ์ให้เหมาะสม

1.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง

1.3 การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อวิเคราะห์และพัฒนาแนวคิดใหม่ในการจัดการกับความเสี่ยง และเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการควบคุมความสูญเสีย

1.4 การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงโดยร่วมกันพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและองค์กร

2. ขั้นนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่ร่วมกันพัฒนาไปใช้ในแผนกออโรโธปิดิกส์และผู้ศึกษาเป็นผู้ติดตามการนำไปใช้เป็นเวลา 2 สัปดาห์

3. ขั้นประเมินผล

3.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการร่วมประชุมปรึกษาเพื่ออภิปรายข้อดี และข้อบกพร่อง

3.2 ผู้ศึกษาทำการปรับปรุงแก้ไข

3.3 ให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนประเมินความคิดเห็นต่อโครงการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงฯ และการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

ผลที่ได้รับ

1. แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

2. คู่มือการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ไปใช้ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

3. ความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ไปใช้ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย