



ผู้ป่วยจิตเวชที่ทนต่อการถูกผูกมัดเมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล : บทบาทและการจัดการทางการพยาบาล

Agitated to be Restrained During Hospitalization: Nursing Roles and Management

กฤตยา แสงวงเจริญ ศศ.ด.* ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ ปร.ด.** เอี่ยมพร ทองกระจ่าย ศศ.ด.***
Kritaya Sawangchareon PhD* Sarinrut Juntapim PhD** Earmporn Thongkrajai PhD***

(วันรับบทความ: 10 กรกฎาคม พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 17 สิงหาคม พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 16 กันยายน พ.ศ.2563)
(Received Date: July 10, 2020, Revised Date: August 17, 2020, Accepted Date: September 16, 2020)

บทนำ

บทความนี้นำเสนอความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการผูกมัด การประเมินความรู้สึกและการจัดการในบทบาทของพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชมักมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัว และกระวนกระวายใจที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะหากมีการผูกมัดเพื่อช่วยลดความรุนแรงที่มักทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พอใจ พยาบาลและบุคลากรผู้ช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจึงต้องมีความรู้ทักษะในการประเมินภาวะอันตรายที่ซ่อนอยู่และพยากรณ์แนวโน้มความรุนแรงในอนาคต ก่อนการผูกมัด การดูแลทางการพยาบาลที่เหมาะสม เป็นการส่งเสริมการรักษาและคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพื่อจัดการกับปัญหาทั้งหมดและนำไปสู่มาตรฐานและคุณภาพการพยาบาลจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

ประสบการณ์ที่พบผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความไม่เต็มใจ มีส่วนหนึ่งที่รู้สึกกลัวและกระวนกระวายใจที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกนำเสนอด้วยปัญหาอาการทางจิตไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ของตนเองได้ ทั้งยังมีทัศนคติต่อชีวิตเป็นลบมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น จึงมีความต้องการพยาบาลที่หลากหลาย วิธีการหนึ่งที่พยาบาลช่วยควบคุมพฤติกรรมคือการผูกมัดผู้ป่วยและมักทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพ ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผูกมัดมาก่อน ซึ่งจากคำบอกกล่าวถึงความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่งเล่าว่า “อย่าบอกให้ฉันใจเย็นเมื่อฉันกลัวโรงพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อเข้ามาโรงพยาบาลแล้วถูกมัด” การบอกให้ผู้ป่วยสงบและใจเย็นๆ จึงไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่รุนแรงลงได้ง่ายๆ จึงมักมีโอกาสดังกล่าวความรุนแรงขึ้นในผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเองกับเจ้าหน้าที่ หรือกับผู้ป่วยด้วยกัน บทความนี้เป็นบทความวิชาการที่นำเสนอความรู้สึกของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดและแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อหาแนวทางในการควบคุมและลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและลดความรุนแรงจากการดูแลแบบดั้งเดิมที่ยังไม่เป็นที่พอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นการถูกคุกคามสิทธิและไม่พอใจจากการถูกผูกมัดทางร่างกาย รวมทั้งการได้รับยาที่สงบระงับโดยไม่สมัครใจ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องหาทางพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บหรือทำร้ายผู้อื่นของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การผูกมัด ผู้ป่วยตื่นกลัว การพยาบาล

*รองศาสตราจารย์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: sariju@kku.ac.th Tel: 088-3296104



จากบทความ Don't tell me to calm down! De-escalation of the agitated patient in a hospital setting² และนโยบายและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในการประชุมพยาบาลแห่งชาติในวันที่ 18-20 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 ที่ประเทศสิงคโปร์ ได้มีการนำเสนอแบบอย่างที่ได้ผลในการลดการผูกมัดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่อิสระจากการผูกมัดในผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม (Dementia) จากการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบว่า มีการใช้วิธีการผูกมัดทางร่างกายของผู้สูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 41-64 ด้วยเหตุผลของความปลอดภัยและมีการผูกมัดในผู้ป่วยกระวนกระวายใจเพียงร้อยละ 9³ ส่วนในประเทศไทย พบมีการผูกมัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 19-61 แม้จะมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน และการบาดเจ็บเกิดขึ้นจากการผูกมัดก็ตาม⁴ อย่างไรก็ตามการผูกมัดมีผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากกระทบศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างมาก อีกทั้งพยาบาลเองรู้สึกคับข้องใจกับการตัดสินใจในการผูกมัดผู้ป่วยเช่นกัน^{5,6} ทำให้ต้องหันมาสนใจแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมที่อิสระจากการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาทางจิตเช่นเดียวกันกับสมาคมสุขภาพจิตสมาคมจิตแพทย์และสมาคมพยาบาลจิตเวชของอเมริกาได้มีนโยบายบริหารจัดการใช้การผูกมัดและห้องแยกในการรักษาทางจิตเวช^{1,7} ในประเทศไทยได้กำหนดสิทธิผู้ป่วยได้กล่าวถึงการผูกมัดร่างกายไว้ว่า "การบำบัดโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณหรือแยกผู้ป่วยจะกระทำมิได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่นโดยต้องอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ"⁸ ยุทธวิธีที่ใช้ลดแนวโน้มการเกิดความรุนแรงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้จึงเน้นที่ความสามารถของพยาบาล ทักษะในการสื่อสาร สิทธิของผู้รับบริการ ความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการ ความสามารถของพยาบาลในการประเมินทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและญาติโดยเปิดการสนทนาและความร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาล ด้วยความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและจัดการกับอาการที่รุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ⁹ จึงทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจนโยบายการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยและลดความรุนแรงของอาการลง ตลอดจนให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้

ทำไมต้องผูกมัดผู้ป่วย

คำถามนี้พบได้เสมอจากผู้ป่วยและญาติแม้ว่าพยาบาลและผู้ดูแลยอมรับและเห็นด้วยกับนโยบายที่ให้อิสระผู้ป่วยแต่ลักษณะปัญหาของผู้ป่วยในบางกรณีจำเป็นต้องผูกมัดโดยมีหลักการของการผูกมัด คือ ทำไปเพื่อความปลอดภัยควบคุมอาการเสี่ยงต่อความรุนแรงและลดความรุนแรงของอาการลงตลอดจนให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ การทำความเข้าใจผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่จะช่วยพัฒนางานพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การวางแผน และการแก้ไขความรู้สึกด้านลบต่อการผูกมัด

ลักษณะปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการการควบคุมอาการและเข้ารักษาในโรงพยาบาล อาการที่มักก่อให้เกิดอันตรายและต้องการการดูแลช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดมีอันตรายอย่างเฉียบพลันและเกิดวิกฤตได้ง่ายได้แก่อาการก้าวร้าว (aggressive) มีแนวโน้มอันตรายต่อคนอื่น อาการกระวนกระวายตื่นกลัว (agitate) ผู้ป่วยที่กระวนกระวายต้องการการช่วยเหลือ เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บหรือทำร้ายผู้อื่น รวมถึงการทำร้ายตนเอง¹ ลักษณะดังกล่าวของผู้ป่วยถ้าเกิดขึ้นที่บ้าน ญาติจะว่าเป็นภัยต่อตัวผู้ป่วยเองเป็นภัยต่อสังคมและญาติไม่สามารถควบคุมได้จึงนำส่งโรงพยาบาลในที่สุด

การผูกมัด (restraint) เป็นกิจกรรมที่มีหลายความหมายอาจหมายถึง กิจกรรมหรืออุปกรณ์ใด ๆ ที่ใช้จำกัดความสามารถของผู้ป่วย ที่จะตัดสินใจหรือเข้มนวดไม่ให้มีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ¹⁰ อาจหมายถึงการผูกมัดร่างกายจิตใจ ให้ยา จำกัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การผูกมัดมีสองประเภท¹¹ คือการผูกมัดทางกายภาพและการใช้ยาหรือสารเคมี การผูกมัดทางกายภาพเป็นการผูกมัดแขน ขา มือ ตัว การมัด เพื่อไม่ให้เคลื่อนไหวรอบ ๆ ได้แม้แต่การให้นั่งในโตะ เก้าอี้ กรอบ เข็มขัด ที่ไม่สามารถเอาออกได้อย่างง่ายดาย การนั่งรถเข็นที่ไม่สามารถลุกหนีได้หรือใช้ไม้กันเตียงเพื่อป้องกันการลุกจากเตียงหรือการพันไว้ในที่นอนหรือผ้าห่มไม่ให้เคลื่อนไหว แต่การพุงตัวให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและสมดุลไม่ถือว่าไม่ใช่¹² ส่วนการผูกมัดด้วยสารเคมีได้แก่ การให้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมหรือทำให้หลับมักเป็นยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตประสาทที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ใช้เพื่อจุดมุ่งหมายในการควบคุม ที่มีจุดประสงค์แตกต่างจากยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท



ยาดังกล่าวไม่สมควรใช้กับผู้ป่วยบริการที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) เนื่องจากผลเพื่อควบคุมพฤติกรรมในการแสดงออกหรือปิดกั้นควบคุมทำให้ไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการในเวลาไม่สุขสบาย เวลาเครียดหรือบอกความต้องการของผู้ป่วยได้¹³

การผูกมัดและการจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ยังคงใช้ในการควบคุมความก้าวร้าวในผู้ป่วย เพื่อที่จะให้สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยปลอดภัย แต่ผู้ป่วยจะรับรู้และรายงานความรู้สึกเกี่ยวกับการผูกมัด แยกห้องแตกต่างออกไปว่าเป็นการลดความรู้สึกของการเป็นมนุษย์ และมีผลต่อการรักษาและการฟื้นฟู ในขณะนั้นนโยบายของการรักษาทางจิตเวช พึงต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากการผูกมัดและการแยกห้อง มีการศึกษายืนยันว่าการไม่ผูกมัดผู้ป่วยทางจิตช่วยลดการใช้ยาแก้ลมประสาทหรือยานอนหลับในผู้ป่วย โดยการใช้การดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนำไปสู่วัฒนธรรมในการจัดสิ่งแวดล้อมที่อิสระจากการผูกมัดและลดการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยลงด้วย¹⁴ แม้ว่าจะมีการลดการผูกมัดและการแยกห้องผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆ ในหอผู้ป่วย แต่กลไกการผูกมัดแต่ก็ยังไม่มีความมาตรฐาน หรือต่อมาตรฐานในการปฏิบัติ¹⁵ โดยมีการเสนอโปรแกรมที่ลดการผูกมัดแต่ยังคงเป็นโปรแกรมที่เสนอแนะไว้เชิงวิชาการเท่านั้น จึงยังต้องการการวิจัยเพื่อนำสู่การปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย¹⁶

ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อถูกผูกมัด

จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่งพูดว่า “อย่าบอกให้ฉันสงบในขณะที่ฉันตื่นกลัวการผูกมัด” เป็นการสื่อถึงความในใจที่ร้องขอจากผู้ป่วยถึงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องการการผูกมัดแต่ถ้าจำเป็นก็ยอมให้ทำได้ ผู้ป่วยทางจิตทุกคนยังคงกลัวการผูกมัดหรือควบคุมพยาบาลจึงต้องประเมินความจำเป็นและให้การดูแลตามระดับของความรุนแรงแต่ไม่ควรลืมที่จะดูแลความรู้สึกของผู้ป่วย บาดแผลทางใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลในการเกิดความรุนแรงที่มาจากทารุณกรรมทางเพศ ทางร่างกาย การถูกปฏิเสธ การสูญเสีย และความเป็นเหยื่อของความรุนแรง ดังนั้นควรเฝ้าระวัง และ สันนิษฐานเบื้องต้น ในผู้ป่วยทุกคนที่มาปรึกษาจากประวัติการบาดเจ็บอยู่ในภาวะการบาดเจ็บทางใจ มีการแสดงออกทางพฤติกรรมรุนแรง อาจเป็นผลมาจากปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมของการรักษาทางสุขภาพจิต²

ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรผู้ช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ต้องมีทักษะในการแยกระดับความรุนแรงในผู้ป่วย ภาวะอันตรายที่ซ่อนอยู่และพยากรณ์แนวโน้มความรุนแรงในอนาคต การประเมินความเสี่ยงและจัดการแก้ไขเป็นการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความปลอดภัย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มักได้รับผลกระทบจากความรุนแรงมาก แม้ว่าในปัจจุบันมีการเรียนรู้และการจัดการเพื่อลดความรุนแรงแต่ยังไม่เป็นที่พอใจ อีกทั้งยังไม่สามารถจัดให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากยังคงมีสถานการณ์ที่ผู้ดูแลถูกทำร้ายและการร้องเรียนจากผู้ป่วยถึงการถูกกระทำรุนแรงทั้งสองฝ่าย พยาบาลจึงควรมีการประเมินและทำความเข้าใจถึงบาดแผลทางใจของผู้ป่วยที่มีมาก่อนอันมีผลกระทบต่อการรับรู้ต่อการผูกมัดที่แตกต่างกัน เพื่อลดและจัดการใช้ห้องแยกและการผูกมัด ที่มักทำให้เกิดบาดแผลทางใจซ้ำอีกในผู้ป่วยได้ กรณีศึกษาต่อไปนี้สะท้อนให้เห็นผลกระทบจากการผูกมัดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายมาด้วยอาการอะโอะโวยวาย ซึ่งญาติให้ข้อมูลว่าให้ข้อมูลว่าหลังจากเขาดื่มสุร่าอย่างหนัก เกิดอาการหวาดระแวงโดยคิดว่าภรรยาฆ่าและญาตินำเขาไปไว้ที่โรงพยาบาล เขาไม่อยากจะอยู่โรงพยาบาล แต่ถูกญาติๆ ช่วยกันนำส่ง เมื่อมาถึงหอผู้ป่วยจึงได้รับเปลี่ยนเสื้อผ้าและจัดให้อยู่แต่ในห้อง เมื่อเขาตะโกนขอให้ออกไป เป็นความรู้สึกตื่นกลัว กระวนกระวายไม่อยากจะอยู่โรงพยาบาล พยาบาลได้เข้ามาคุยด้วย โดยพยายามสร้างสัมพันธภาพและรับรู้ว่าผู้ป่วยอยากออกไปเพื่อพูดคุยตกลงกับภรรยา โดยเฉพาะเรื่องทรัพย์สิน พยาบาลได้บอกให้เขาใจเย็นๆ และผ่อนคลาย ในขณะเดียวกันพยาบาลบอกเขาว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เขาจึงได้รับยานี้ดเพราะพยาบาลบอกว่าฤทธิ์ยาจะช่วยให้อยู่ในความสงบและขอผูกมัดให้นอนพักอยู่บนเตียงเพื่อความปลอดภัย ช่วงนั้นเขาเต็มไปด้วยความรู้สึกตื่นกลัวแต่ต้องยินยอมผู้ป่วยได้รับการผูกมัดเพียง 1 ชั่วโมง และพักในห้องแยก 1 วัน วันที่ 2 อาการทางจิตสงบไม่อ่อนเพลียเริ่มมีกิจกรรมข้างนอกห้องได้วันที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการสอบถามถึงประสบการณ์การผูกมัดโดยพยาบาลได้ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินลักษณะบริการพยาบาลในการผูกมัดหลังจากได้รับอิสระแล้วโดยให้คะแนนความรู้สึกต่อการพยาบาล 5 ระดับ



ตัวอย่างแบบประเมินโดยผู้ป่วยกรณีศึกษา

จากการสอบถาม ในกรณีที่คุณเคยถูกผูกมัด อยู่ในห้องแยก หรือได้รับยาเพื่อควบคุมพฤติกรรม กรุณาให้คะแนนตามลักษณะพฤติกรรมบริการที่คุณได้รับ

ลักษณะพฤติกรรมบริการ	คะแนน 1-5 จาก ไม่ดี ถึง ดีมาก
1. ทำทางเจ้าหน้าที่เหมาะสมที่จะเป็นมืออาชีพในการดูแล	3
2. เจ้าหน้าที่ที่แนะนำตัวเหมาะสมกับการเป็นผู้ดูแล	2
3. เจ้าหน้าที่ที่แสดงออกถึงความเห็นใจ เข้าใจ	2
4. การสื่อสารของเจ้าหน้าที่เป็นการช่วยให้ผ่อนคลาย	3
5. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติกับคุณอย่างให้เกิดเกียรติและหลีกเลี่ยงทัศนคติที่ดูแคลน	3
6. แสดงถึงการใช้ภาษาอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอตลอดการสัมภาษณ์ พูดคุย	3
7. เจ้าหน้าที่ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้รู้ภาวะเจ็บป่วย	3
8. เจ้าหน้าที่ใส่ใจกับความสับสนของผู้ป่วย	4
9. เจ้าหน้าที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลเพื่อลดความรุนแรงในผู้ป่วย	3

ความรู้สึกหลังถูกผูกมัดของกรณีศึกษา

“อยากให้ออกมาเป็นกันเองขณะที่มาเราคิดว่าสามารถพูดรู้เรื่อง ถ้าพูดจาดี ๆ ก็น่าจะลดได้แต่ก็ใช้การพันนาการแต่เดินไปเดินมาก็ใช้เครื่องพันนาการมัดไว้ การพูดคุยไม่จำเป็นต้องพูดเสียงดังอยู่ใกล้กันขนาดนี้ รู้สึกหมดอิสรภาพในการเป็นอยู่ เหมือนคนทำผิดมา ตำรวจจับคนเข้าคุกแล้วยังปล่อยกุญแจมือตามสบาย แต่ที่นี้จับมัดอย่างเดียว”

“อย่างฉีดยาหรือมัด ถ้าคนสมควรมัดก็คือคนที่หนักจริง ๆ พบว่าคนที่นิ่ง ๆ ไม่กินข้าวก็มัด น่าอับอายถ้ามีข้าวบ้านหรือญาติคนอื่นเห็นเรา ยิ่งถูกโกหกหลอกให้มาเขาให้กินเหล้าเต็มที่แล้วเขาโกหกว่าจะพามาซื้อรองเท้า มาก็มาไม่ได้ไววายอย่างผม ผมนั่งมาตี ๆ ครอบครัวย้อนไปก็อายเขา”

“หลังถูกผูกมัดตอนนี้ผมยังรู้สึกอาฆาต มีความรู้สึกในแง่ลบ ผมถูกมัดวันแรกและวันที่ 2 ถูกขังในห้องแยกวันที่ 3 เป็นวันที่มีอิสระ”

“วิธีการผูกมัดแม้แต่ที่นอนก็ไม่มีหมอน ผมชอบนอนตะแคงที่มัดทำให้ไม่สะดวกในการนอน”

ข้อเสนอแนะต่อการดูแลจากผู้ป่วย

“ควรแยกแยะคนไข่ว่าใครที่ควรผูกมัด คนไววายก็ควรผูกมัด”

“แนะนำว่าควรปรับปรุงคำพูด และเทคนิคการผูกมัด โดยเฉพาะการพูดจา จากที่เคยเห็นเจ้าหน้าที่ทำกับคนป่วย

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2563

อื่นควรลดคำพูดที่พูดคำเดียวแต่กินใจ เช่น ภู มิ่ง ปรับปรุงการล็อกคอ บีบคอ ทั้งที่มีเจ้าหน้าที่ตั้ง 3-4 คน ถ้าจะให้คนไข้ที่รู้เรื่องจับช่วยก็ได้ ให้เจ้าหน้าที่ผูกมัดหรือคุณพยาบาลควรอธิบายหรือให้ข้อมูลด้วย”

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่มีแผนการพยาบาล มาตรฐานการผูกมัดผู้ป่วยทั้งก่อนผูกมัด ขณะผูกมัด และหลังการผูกมัด การสังเกต การสนทนา

นอกจากกรณีศึกษานี้ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในเวลาเดียวกันได้มีการประเมินการผูกมัดอยู่ในระดับปานกลางถึงดีและยังพบว่าในการประเมินจากผู้ป่วยจิตเภทที่ก้าวร้าวและเคยถูกผูกมัดโดยการมัดจำนวน 10 คนมีความรู้สึกคล้ายกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้คะแนนหลายข้อต่ำตั้งแต่ 1 ถึง 4 จึงเป็นที่ยืนยันว่าการดูแลโดยใช้การผูกมัดยังไม่เป็นที่พึงพอใจในระดับดีมาก มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ปรับปรุงทั้งคำพูดและท่าทาง โดยที่พยาบาลและบุคลากรที่ทำการผูกมัดผู้ป่วยยังไม่เคยตระหนักถึงความคิดเห็น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการช่วยเหลือเพื่อลดการผูกมัดสำหรับพยาบาลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และใช้พัฒนาปรับปรุงตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยการเรียนรู้ ถอดบทเรียนจากการประเมินผลงานการควบคุมพฤติกรรมผูกมัดที่ผ่านมาจากทีมการพยาบาล เพื่อลดพฤติกรรมผูกมัดทางกายและเลิกการจำกัดสิทธิผู้ป่วย และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการพยาบาลที่ต้องการปรับปรุงเพื่อลดและเลิกการผูกมัด

แนวการพัฒนาบทบาทและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อลดการผูกมัด

ในภาวะที่ต้องมีการผูกมัดผู้ป่วย พยาบาลมีแนวทางในการลดการผูกมัดและเลิกการผูกมัดโดยให้ผู้ป่วยได้มีอิสระอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยผ่านการพิจารณาตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะรุนแรง พิจารณาหาทางเลือกอื่นนอกจากการผูกมัดและมีความรู้ความเข้าใจทักษะสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงโดยมีการฝึกและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องผู้เขียนขอเสนอ แนวทางในการจัดการ 3 ประเด็นดังนี้

1. การประเมินระดับความรุนแรงและการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะรุนแรง

แม้ว่าการผูกมัดและการจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกยังคงใช้ในการควบคุมความก้าวร้าวในผู้ป่วย เพื่อที่จะให้สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยปลอดภัย แต่ผู้ป่วยรับรู้และ



รายงานความรู้สึกเกี่ยวกับการผูกมัดแยกห้อง ว่าเป็นการลดความรู้สึกของการเป็นมนุษย์ และมีผลต่อการรักษาและการฟื้นฟู ในขณะที่มีนโยบายของการรักษา ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากการผูกมัดและแยกห้อง ทำให้เกิดภาวะย้อนแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้พยาบาลจึงควรทบทวนความสามารถในการประเมินแนวโน้มความรุนแรงและการพยาบาล

อย่างไรก็ตามการดูแลในภาวะที่จะเกิดวงจรของการจู่โจมทำร้าย⁶ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสามารถทำนายระดับของการก้าวร้าวที่จะเกิดในผู้ป่วยทางจิตแต่ละคนมีระยะแตกต่างกัน 5 ระยะ ได้แก่ ระยะกระตุ้นเตือน ระยะเพิ่มพละกำลัง ระยะวิกฤติ ระยะกำลังฟื้นฟู และระยะซึมเศร้าหลังวิกฤติ โดยมีระยะพฤติกรรมของผู้ป่วยและการพยาบาลดังนี้

ระยะกระตุ้นเตือน: จะพบผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อ น้ำเสียงเปลี่ยน บิดนิ้ว เดินเตร่ พุดซ้ำ กระวนกระวายอยู่ไม่สุข วิตกกังวล สงสัย หายใจเสียงดังขึ้น ตัวสั่นหรือเขย่า จ้องหน้า การหายใจเปลี่ยนแปลง **การพยาบาล:** ใช้คำพูดที่เห็นใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ด้วยประโยคที่ชัดเจนง่ายๆ ถามผู้ป่วยถึงความต้องการให้ช่วยควบคุมและหาวิธีการช่วยแก้ปัญหา จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องเงียบถ้าผู้ป่วยต้องการเสนอวิธีการลดความตึงเครียดแก่ผู้ป่วย ให้ยาช่วยถ้ามีความจำเป็น

ระยะเพิ่มพละกำลัง: จะพบผู้ป่วยหน้าแดงหรือซีด กรีดร้อง โกรธเหวี่ยงแตก กระวนกระวาย ถูกกระตุ้นได้ง่าย คุกคาม เรียกร้อง พร้อมทั้งทำร้าย ไม่มีเหตุผลมีพฤติกรรมเตรียมพร้อมที่จะรุนแรงเช่นสังเกตพบว่าผู้ป่วยมองตาขวาง กำหมัด **การพยาบาล:** พยาบาล เข้าควบคุมอย่างสงบ มั่นคง ตรงชัด นำผู้ป่วยไปห้องแยกและเงียบสงบเพื่อให้เวลาสงบสติอารมณ์ พิจารณาให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เจ้าหน้าที่ต้องมีการเตรียมพร้อมและ แสดงออกถึงการใส่ใจผู้ป่วย

ระยะที่วิกฤติ: ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้พบมีพฤติกรรมทำร้าย ต่อยตี เตะ โยนสิ่งของ **การพยาบาล:** ใช้ห้องแยกโดยผู้ป่วยไม่ต้องสมัครใจ ควบคุมผูกมัด หรือใช้ยาฉีดตามคำสั่งแพทย์เพิ่มการดูแลพยาบาลอย่างเข้มงวด

ระยะกำลังฟื้นฟู: ผู้ป่วยรู้สึกผิด เสียใจ เบื่อหน่าย กล้ามเนื้อ ความตึงเครียดลดลง เปลี่ยนเนื้อหาการสนทนา การตอบสนองปกติมากขึ้น ผ่อนคลาย **การพยาบาล:**

พยาบาลยังต้องดูแลใกล้ชิดติดตามความเข้าใจสถานการณ์ระหว่างนี้เจ้าหน้าที่จะประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการจัดการโดยไม่มีการทำร้ายบาดเจ็บต่อผู้ป่วยและประเมินความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย

ระยะซึมเศร้าหลังวิกฤติ: ผู้ป่วยร้องไห้ ขอโทษ พุดจาตื๊อขึ้นเพื่อทดแทนความรู้สึกที่จู่โจมทำร้าย ซึ่งอาจจะปรากฏความรู้สึกไม่เป็นมิตรและก้าวร้าวที่ซ่อนไว้ได้ **การพยาบาล:** ทำความเข้าใจสถานการณ์กับผู้ป่วยพูดคุยหาทางออกต่อสถานการณ์และความรู้สึกที่ผู้ป่วยมี ลดระยะการผูกมัดและแยกห้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมบำบัดปกติ

จากขั้นตอนเหล่านี้สามารถนำไปพัฒนาการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกทักษะทางคลินิก ซึ่งจะช่วยให้เกิดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย การหารายละเอียดทันทีและการสอนพนักงานผู้ช่วยให้ช่วยเหลือ นักวิชาชีพทางสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาทักษะในการสื่อสาร การเข้าช่วยเหลืออย่างสร้างสรรค์ และช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจในช่วงที่เขาตื่นกลัวกระวนกระวายและมีอาการก้าวร้าว

2. สิ่งแวดล้อมบำบัด

การใช้ทางเลือกอื่นในสถานพยาบาลที่ช่วยให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยโดยไม่ใช้การผูกมัด¹⁴ การตรวจสอบการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีอยู่เป็นการตัดสินใจใช้วิธีอื่นเพื่อช่วยให้สิ่งแวดล้อมช่วยลดความรุนแรงจากการทดลองปฏิบัติการดูแลที่ปราศจากการผูกมัดในผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาไม่ร่วมมือ หลงลืม ก้าวร้าว โดยได้มีการใช้คำพูด เครื่องมือหรือการกระทำที่ไม่รบกวนความสามารถในการตัดสินใจของผู้รับบริการและมีความเข้มงวดต่อการควบคุมดูแลให้มีการเคลื่อนไหวที่อิสระ¹⁵ ในผู้สูงอายุมีวิธีการที่พิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัยได้แก่ การใช้สาลิหมอนเพื่อพยุงให้ผู้ป่วยสบายต่อร่างกาย และร่างกายอยู่ในตำแหน่งปลอดภัย การปรับรถนั่งที่ขนาดเหมาะสม สะดวกสบายและอยู่ในสภาพที่ดี ออกแบบตอบสนองความต้องการของร่างกายอย่างทันที่ทั้งที่เช่นในภาวะที่หิว กระหาย ง่วง ขับถ่ายและออกกำลังกาย ช่วยในการบำบัดในการยืน เดิน เปลี่ยนที่อย่างปลอดภัย ช่วยให้เข้าออกจากเตียงได้ตามความพอใจและความต้องการของผู้รับบริการและได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเหมาะสมจากผู้ดูแลและผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังได้ปรับสิ่งแวดล้อมด้านแสง เสียง ที่รับประทานอาหารทางเดินที่ปลอดภัย และอื่นๆ เพื่อไม่ให้มีโอกาสเสี่ยงอันตราย อย่างไรก็ตามการฝึกบุคลากรให้จัดการให้ผู้ป่วย



สงบเมื่อเกิดความวิตกกังวล กระวนกระวายและการประหม่นสภาวะและความต้องการของผู้ป่วยให้ทันทั่วทั้งที่เป็นสิ่งสำคัญ การประยุกต์สิ่งแวดล้อมจากการดูแลผู้สูงอายุมาใช้กับผู้ป่วยก้าวร้าวที่ต้องการความปลอดภัยในการลดความรุนแรงน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งได้

ในการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดมีทักษะสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรง คือ การจัดสิ่งแวดล้อม การสื่อสารและพัฒนาสัมพันธภาพ การสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยบทบาทพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีทุกข์จากบาดแผลทางใจที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงเพื่อร้องขอความช่วยเหลือ

ทั้งนี้หลักการสำคัญ คือ ต้องสร้างวัฒนธรรมลดความรุนแรงในหน่วยงานและบุคลากรของแต่ละหน่วย^{2,10} ให้สามารถเป็นไปได้ทางปฏิบัติโดยผ่านความหมายของกิจกรรมต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยตามระดับสิ่งเร้าที่เหมาะสม การพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลพยายามวางเฉยต่อความรู้สึกไม่เป็นมิตรหรือข้อเรียกร้องของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความโกรธและจัดการกับความโกรธของตน เรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความโกรธ วิตกกังวล กลัว คลั่ง และพฤติกรรมจู่โจมทำร้ายให้ได้ การใช้พลังทางกายเพื่อควบคุมผู้ป่วยจะมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการสื่อสารและขอความช่วยเหลือเนื่องจากผู้ป่วยพยายามแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโดยผ่านออกมาเป็น ภาวะก้าวร้าวทั้งคำพูดและทางร่างกายผู้ป่วยต้องการความปลอดภัยและการดูแลที่ทันทั่วทั้ง การพยาบาลจึงต้องกระทำภายใต้หลักการให้มีทางเลือกที่จะเข้มงวดผูกมัดผู้ป่วยให้น้อยที่สุดผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ช่วยในการคำจูนและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บซ้ำ เพื่อการหายจากโรค

พยาบาลควรตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บ และ อาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางใจ เช่น การหันไปใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกินผิดปกติ ซึมเศร้า และวิตกกังวล พยาบาลผู้ดูแลต้องตระหนักว่าผู้ป่วยต้องการได้รับการยอมรับให้เกียรติ ต้องการได้รับข้อมูล และการดูแลที่เชื่อมโยงความต้องการและปกป้องความหวังของผู้ป่วยในการฟื้นฟู ตระหนักถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และเพื่อนตลอดจนหน่วยบริการต่างๆ ในบทบาท

พยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลัง และยอมรับการบริการซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องต่อสู้เพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล นำไปสู่การวิจัยเพื่อให้การพยาบาลที่ดีและมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงโดยปราศจากการผูกมัด

ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด เป็นการตรวจสอบกิจกรรมเพื่อลดการตื่นกลัวต่อผูกมัดและให้มีอิสระจากการผูกมัดของผู้ป่วย^{11,12} ซึ่งพยาบาลจะสามารถนำไปวิเคราะห์งานที่ผ่านมาได้จากกิจกรรมดังนี้

1) กิจกรรมที่ช่วยลดการผูกมัดและห้องแยก	
1.1) วิธีการทางกายภาพ - มีการตรวจสอบอย่างเข้มงวด - มีการทบทวนข้อมูลอย่างเข้มงวด - มีทางเลือกต่อการให้ยา - จัดการเรื่องการเจ็บป่วย	1.2) วิธีการทางจิตสังคม - การฟังอย่างตั้งใจ - การตรวจผู้มาเยี่ยม - การจัดคนดูแลที่มีทักษะ - การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ - ความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ - การสัมผัสบำบัด - การนัดพ่อนคลาย - การบอกความจริง - การช่วยโดยมีอุปกรณ์ ช่วยให้ประสาทสัมผัสรับรู้ปกติ เช่น จัดให้มีนาฬิกา ปฏิทิน - การลดสิ่งกระตุ้นประสาทสัมผัส
2) สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการอิสระจากการผูกมัด	
2.1) กิจกรรม - การฟื้นฟูและออกกำลังกาย - การช่วยฟื้นฟูตามปกติ - การมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง - การบำบัดทางร่างกาย - อาชีวะบำบัด นันทนาการ - การมีกิจกรรมช่วงเวลาพิเศษต่างๆ - การมีกลุ่มสังคม - การมีการเดินทางที่ปลอดภัย	2.2) ทางเลือกทางการพยาบาล - การเพิ่มการนิเทศและสังเกต ประเมินสถานการณ์พฤติกรรมสม่ำเสมอ - เพิ่มผู้ดูแลที่เหมาะสม - การดูแลกิจกรรมประจำวันของบุคลากร เช่น เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ - การตรวจสอบความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ - การสื่อสารที่ดี - การจัดสิ่งแวดล้อมและพื้นที่ที่เงียบสงบ - การลดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น - การปรับพื้นที่ให้ปลอดภัย เช่น เฟอร์นิเจอร์ ที่ทำกิจกรรม - การจัดอุปกรณ์ที่คุ้นเคยสำหรับบ้านที่อยู่ - การจัดห้องพัก ที่นั่งพักผ่อน - การมีระบบเตือนภัย เมื่อเจ้าหน้าที่อยู่ในสถานการณ์เสี่ยง



3. โปรแกรมในการพัฒนาบุคลากรโดยใช้สถานการณ์จำลอง โปรแกรมนี้น่าจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะช่วยพัฒนาทักษะการผูกมัด^{1,2} บุคลากรสามารถใช้สถานการณ์จากกรณีตัวอย่างและที่ได้จากประสบการณ์จริงมาเป็นสิ่งช่วยให้บุคลากรได้ตระหนักและทบทวนพฤติกรรม การพยาบาลที่ผ่านมาและแลกเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสมที่ควรให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจมากขึ้นโดยนำความรู้หลักการและเนื้อหาสำคัญในการผูกมัดผู้ป่วยมาทบทวนอีกครั้ง เนื้อหาส่วนใหญ่ที่จะถูกนำมาแลกเปลี่ยนได้แก่ ทฤษฎีและแนวคิดโครงสร้างที่ช่วยให้เข้าใจความรุนแรงและความก้าวร้าว การป้องกันและการประเมินอันตรายและข้อควรระวัง ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับพฤติกรรมหลังสถานการณ์ ซึ่งเชื่อมโยงมาสู่การเขียนรายงานการสอบสวน และการให้คำปรึกษา การจัดการในภาวะวิกฤต การฝึกฝนที่ผ่านมาที่ได้ช่วยให้บุคลากรมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับความก้าวร้าวและสถานการณ์รุนแรงที่จะเกิดขึ้น แนวคิดนี้เริ่มจากการฝึกบุคลากรโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทดลองในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมเมื่อใช้แล้วพบว่ามีปัญหาความรุนแรงและก้าวร้าวลดน้อยลง คาดว่าในแต่ละพื้นที่ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้โดยเรียนรู้จากการสะท้อนข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินและการประเมินกิจกรรมการพยาบาลที่ผ่านมา พยาบาลสามารถเลือกจากกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดที่น่าเสนอแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง วิธีการผูกมัดและปลดปล่อยที่ผ่านมาที่มีประสิทธิภาพและนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

ที่มาของข้อมูล: ในการพัฒนาตามโปรแกรมพยาบาลสามารถเก็บข้อมูลจากการประเมินกิจกรรมโดยพยาบาลควรเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ดังนี้^{2,12} 1) การบันทึกขณะที่พยาบาลเข้าไปเกี่ยวข้องกับการผูกมัดหรือภาวะวิกฤตที่มีอยู่ 2) เรื่องราวที่ผู้ป่วยเขียนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ถูกผูกมัดและเขียนเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อเรื่องราวนั้น 3) การลงเขียนประโยคที่ผู้ป่วยพูดคุยกับพยาบาล เขียนการตอบสนองของพยาบาลตามที่เคยเกิดขึ้นและเตรียมแสดงบทบาทสมมุติ 4) จากกรณีศึกษาบทบาทสมมุติที่น่าเสนอ ให้เขียนเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลที่เคยเกิดขึ้นและพยาบาลอยากให้ เป็น หรืออยากเปลี่ยนแปลง หลังจากนั้นนำมาแลกเปลี่ยนในกลุ่มเพื่อหา

ข้อดีข้อเสีย พยาบาลสามารถเลือกกิจกรรม เทคนิค คำพูดที่ได้ผลดีเหมาะสมกับบริบทของการช่วยเหลือเพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่อไป

จากตัวอย่างผลการประเมิน ความรู้สึกของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยไม่ได้แตกต่างจากต่างประเทศเท่าใดนัก ปัจจุบันผู้ป่วยยังไม่พอใจในกระบวนการช่วยเหลือพยาบาลและบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถนำเรื่องราวความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยมาใช้โดยกลับมาพิจารณาหลัก การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงด้วยการ ถอดบทเรียนตามโปรแกรมพัฒนาบุคลากรในการพัฒนา บทบาทแลกเปลี่ยนวิธีการ เทคนิค จากการสะท้อนการ ประเมินกิจกรรม ทั้งนี้ผู้เขียนคาดว่าพยาบาลเราจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ด้วยบทบาทพยาบาลที่หลากหลายทั้งเป็นที่พอใจและไม่พอใจในการให้การพยาบาลที่ผ่านมาโดยเฉพาะการ สื่อสารและให้ข้อมูลกิจกรรมที่มีให้กับผู้ป่วยเพื่อลดความ รุนแรงและได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยโดยปราศจากการ พินัยกรรมและไม่มี ความรุนแรงเกิดขึ้น บทความนี้เป็น ความพยายามที่จะนำการประเมินของผู้ป่วยและแนวทาง การพยาบาลที่ได้จากการค้นคว้า มาเสนอเพื่อให้นักการ ได้ตระหนักถึงการพัฒนาทั้งรูปแบบการพูดและวิธีการเพื่อ ลดการผูกมัดผู้ป่วยโดยสามารถนำ มาใช้ปรับปรุงร่วมกับ ประสบการณ์และวิธีการช่วยเหลือที่มีอยู่จะเป็นประโยชน์ ในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงให้ได้ มาตรฐานและมีคุณภาพต่อไป

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและ จิตเวชมักมีความกระวนกระวายที่จะต้องเข้ารับการรักษา พยาบาลในโรงพยาบาล การบอกให้ผู้ป่วยสงบลงจึงเป็นไป ได้ยาก การผูกมัดมีความจำเป็นในการช่วยให้สงบแต่ผลต่อ ผู้ป่วยมักจะออกมาในแนวลบผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกลงโทษ และลดความเป็นมนุษย์ที่มีสิทธิ์ที่จะมีการเคลื่อนไหวอย่าง อิสระ กิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดการผูกมัดจึงเป็น สิ่งสำคัญโดยจัดภายใต้นโยบายการจัดสิ่งแวดล้อมที่อิสระ จากการผูกมัดด้วยการจัดกิจกรรมภายใต้สิ่งแวดล้อม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการลดความรู้สึก กระวนกระวาย วิตกกังวล กลัวและการนำเสนอกิจกรรมการ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย สำหรับพยาบาลหรือ บุคลากรผู้ให้บริการควรได้รับการพัฒนาและปรับแนวคิดใน



การจัดสิ่งแวดล้อมที่อิสระจากการผูกมัดด้วยการเข้าโปรแกรมการฝึกบุคลากรโดยใช้สถานการณ์จำลองที่คาดว่าจะช่วยในการส่งเสริมบรรยากาศการอิสระจากการผูกมัดโดยปราศจากความรุนแรง เพื่อคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลในที่สุด

References

1. Keltner NL, Steele D, Psychiatric Nursing. 7th ed. St Louis; Elsevier; 2015.
2. Gallo K, Smith LG Editor. Building a culture of patient safety through simulation An interprofessional learning model. New York; Springer publishing company; 2015.
3. Annamalai J, Gan TS, Xie H, Effectiveness of non-pharmacological interventions to reduce the use of physical restraint in mental health settings: a systematic review protocol. JBP Library. 12 (6);2014. (<http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/1395>)
4. Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S. Multisite study of an evidence –based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. Psychiatr serv 2014; 65(3): 345-51. doi:10.1176/appi.ps.201300210.
5. Satikunaporn Dusida. Patient right and decision making on physical restraint and psychiatric nurses. J of Psychiatric-mental health nursing 2014; 28(3): 1-12.
6. Pukdeemongkul K, Unipun C, Kunthasabua, P. The Development of primary nursing service: model for schizophrenia patients having violence behavior. J of Psychiatric-Mental Health Nursing 2005; 20(2): 25-38.
7. ANA broad of directors. Reduction-of-Patient-Restraint-and-Seclusion-in-Health-Care-Settings, March 12, 2012. -<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Ethics-Position-Statements/Reduction-of-Patient-Restraint-and-Seclusion-in-Health-Care-Settings>.
8. Department of mental health, MENTAL HEALTH ACT, B.E. 2551 (2008), 2016. <http://www.omhc.dmh.go.th/law/filesweb.pdf>
9. APNA position on the use of seclusion and restraint. Revised; 2014. <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3728>
10. Department of social service. Australia government. Decision –making tool: handbook-supporting a restraint free environment in residential age care. Ageing and age care -<https://www.dss.gov.au/...care/...restraint...care/decision-making-tool-sup>. Sep 26, 2014
11. CANHR, Restraint free care. Jan 8, 2015. www.canhr.org/factsheets/nh_fs/html/fs_RestraintFree-Care.htm.
12. Sullivan AM , Bezmen J, Barron CT, Rivera J, Curley-Casey L& Marino D. Reducing Restraints: Alternatives to Restraints on an Inpatient Psychiatric Service—Utilizing Safe and Effective Methods to Evaluate and Treat the Violent Patient. Psychiatric Quarterly 2005; 76(1): 51-65.
13. Lynda C. Burton, Pearl S. German, Barry W. Rovner, Larry J. Brant, and Rebecca D. Mental Illness and the Use of Restraints in Nursing Homes The gerontologist 2016; 32(2): 164-170.
14. Barton SA, Johnson MR, Price LV. Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2014; 47(1): 34-40.
15. Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J .Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients .Issues in Mental Health Nursing 2010;31(1):413-424. DOI:10.3109/01612840903484113
16. Johnson ME. Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. Issues in Mental Health Nursing 2010; 31(1): 181-197. DOI: 10.3109/01612840903276704.