

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

นายฉัตรชัย มิ่งส่วน
ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร
พย.ด.

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 3 ตุลาคม 2551

นายจักรชัย มิ่งส่วน

ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์ พongkha Dilokgulchai

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

นาง อัมไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย

พ.บ.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร

พย.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ พongkha Dilokgulchai

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ศึกษารู้อีกซบซึ่งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางในการแก้ไข และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ตลอดเวลาของการศึกษา และได้รับความกรุณาและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไทร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปิยาณี คล้ายนิล อดีตอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้คำแนะนำการพัฒนาโครงร่างสารนิพนธ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และแพทย์หญิงอำไพพนัญช์ สมานวงศ์ไทย ที่เสนอแนะแนวทางและให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย อาจารย์ ดร. วรรณภา สุทธิอำนาจกุล และนางสาว อนงค์นุช ศาโสกรก ที่ได้กรุณาตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเจ้าหน้าที่ทุกๆ ท่านของโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้ให้โอกาส ให้ความร่วมมือ และให้เวลาในการค้นคว้าจนสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้พิจารณาอนุมัติทุนให้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษานี้ ทำให้ได้พบและได้ขอแนะนำ ได้กำลังใจ ได้แรงบันดาลใจ ได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันจากเพื่อนร่วมรุ่น สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชภาคพิเศษ (แผน ข) รุ่น 1 เป็นอย่างดี และมีส่วนช่วยให้การศึกษาค้นคว้าสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และกราบขอบคุณญาติๆ และเพื่อนๆ ที่ให้ความรัก ความห่วงใยช่วยเหลือ จนเพิ่มพูนกำลังใจ และที่สำคัญคือทุกท่านที่ให้เวลาแก่ผู้ศึกษาในการค้นคว้าตลอดมาจนจบการศึกษา

ฉัตรชัย มิ่งส่วน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช
(THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR
REDUCING PHYSICAL RESTRAINT IN PSYCHIATRIC PATIENTS)

ฉัตรชัย มิ่งส่วน 4637777 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D., ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชโดยการประยุกต์รูปแบบการดำเนินการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) เป็นกรอบในการศึกษาตามขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษาปัญหานั้นได้มาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริงและจากการค้นคว้า ทบทวนองค์ความรู้ วรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ 2) สืบค้นและประเมินหลักฐาน 3) ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 4) พัฒนานวัตกรรมนำลงสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์

ผลการดำเนินการโดยใช้กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck พบงานวิจัยที่เป็น Systematic review จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ One group pretest-posttest studies จำนวน 3 เรื่อง ภายหลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง ได้ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการ ในการพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมลดอัตราการผูกมัด 2) การพัฒนาโปรแกรมสำหรับบุคลากร 3) การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยในการจัดการกับความโกรธ/ภาวะวิกฤต 4) การประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไปคือการนำแนวปฏิบัติไปทำการศึกษาในหน่วยงานนำร่อง เพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และนำผลการศึกษามาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์คุ้มค่า จึงจะเผยแพร่แนวปฏิบัติดังกล่าวให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวช / การผูกมัดผู้ป่วย / แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING PHYSICAL RESTRAINT IN PSYCHIATRIC PATIENTS

CHATCHAI MINGSUAN 4637777 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.,
PRAPA YUTTATRI, D.N.S

ABSTRACT

The study aimed to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients. The conceptual framework of the study was adopted from the research utilization process proposed by Polit & Beck (2004).

The findings revealed that there were two systematic reviews and three one group pretest-posttest studies. After the analysis and synthesis of these five selected studies, the recommendations for reducing physical restraint in psychiatric patients can be made as follows: 1) preparation for a program or activity to reduce physical restraint, 2) development of a program for healthcare personnel, 3) development of a program on anger and crisis management for psychiatric patients, and 4) assessment of outcomes.

The recommendations for further studies are that the clinical nursing practice guideline to reduce physical restraint in psychiatric patients should be piloted to assess the outcomes of reducing physical restraints in psychiatric patients. Such outcomes should then be utilized to further revise and improve the clinical nursing practice guideline to reduce physical restraint in psychiatric patients to ensure effectiveness before disseminating the guideline among related agencies and organizations.

KEY WORDS: PSYCHIATRIC PATIENTS / PHYSICAL RESTRAINT /
NURSING PRACTICE GUIDELINE

98 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาโครงการ	1
ประเด็นหลักในการศึกษา	4
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	6
การผูกยึดทางกายในผู้ป่วยจิตเวช	7
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชที่นำไปสู่การผูกยึดทางกาย	11
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกยึดทางกาย	13
ผลกระทบจากการถูกผูกยึดของผู้ป่วยจิตเวช	16
การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการลดอัตราการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวช	17
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	20
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	33
สรุปการศึกษา	33
ข้อเสนอแนะ	34
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	35
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	48
รายการอ้างอิง	62
ภาคผนวก	66
ประวัติผู้ศึกษา	98

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาโครงการ (Background and Significance of the study)

ในปัจจุบันมีการผูกมัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามข้อมูลของการผูกมัดโดยกรมสุขภาพจิตไม่มีข้อมูลของการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชจากรายงานการผูกมัดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548, 2549 และ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยถูกผูกมัด จำนวน 4,142, 3,946 และ 3,495 ราย ตามลำดับ (รายงานการผูกมัดผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) จากสถิติดังกล่าว แม้อัตราการผูกมัดจะลดลงเล็กน้อย แต่การผูกมัดก็ยังสูง นอกจากนี้มีรายงานผลการวิจัยต่างๆ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดจะได้รับผลกระทบตามมามากมาย เช่น การเกิดอาการแทรกซ้อนทางกาย ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นก็ตาม แต่อัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชก็ไม่ได้ลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการแสดงถึงความผิดปกติทางด้านการคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง คนอื่น และ สิ่งของ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) ดังนั้นจึงทำให้เกิดการผูกมัดในผู้ป่วยบ่อยครั้งขึ้น เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้อื่น ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธ และการควบคุมตัวเองไม่ได้จากอาการทางจิตเวช เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และควบคุมอาการที่เกิดจากพิษของแอลกอฮอล์หรือยาอื่นๆ (Fisher, 1994) และในกรณีที่เป็นการป้องกันผู้ป่วยสร้าง ความวุ่นวายแก่สิ่งแวดล้อม และก่อวางแผนการรักษาอย่างรุนแรง (Mion, Minnick, Palmer, Marshall, Kapp, & Lamb, 1996) การยุติพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรง (Terpstra, Pettee, & Hunter, 2001) การป้องกันอันตรายที่เกิดจากผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ (สมสร เชื้อหิรัญ, 2535) แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับสิ่งแวดล้อมได้หรือมีความหวาดกลัว ระแวง วิดกกังวล ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และควบคุมตนเองไม่ได้ รวมทั้ง การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยตกเตียง จากความจำเป็นในหลายกรณีที่ได้กล่าวมาแล้ว จึงทำให้การผูกมัดผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พบเห็นได้เป็นประจำในโรงพยาบาลจิตเวช

ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่มักได้รับการผูกมัดมีลักษณะที่หลากหลาย และไม่มีเกณฑ์ การพิจารณาที่ชัดเจนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และระดับการศึกษาของพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการผูกมัด ได้แก่ ผู้ป่วย

ไม่ยอมร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรม คลุ้มคลั่ง เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น มีภาวะสับสน งุนงง สูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่ และ บุคคล ไม่ยอมพักผ่อน นอนหลับ ไวต่อสิ่งเร้า มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จนร่างกายอ่อนเพลียมาก และ ผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา (กัลยา ภักดีมงคล, 2538; Holzworth & Wills, 1999) จากการศึกษาของ Mion และคณะ (1996) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดในโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีภาวะสับสน หรือสูญเสียการรับรู้ สูญเสียความสามารถทางกายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือ มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ การพิจารณาว่าผู้ป่วยลักษณะใดที่ควร ได้รับการผูกมัด ยังขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่อีกด้วย ดังเช่น จากการศึกษาของ Telintelo, Kuhlman, & Winget (1983) จากการศึกษาสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ให้เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วยก่อนที่จะมีการผูกมัด คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีภาวะสับสน อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย เดินไปมาไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และ จากการศึกษาของ Betemps, Somoza และ Buncher (1993) พบว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จำนวน 82 แห่ง จะใช้การผูกมัดในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และ ผู้อื่น วุ่นวาย เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว มีภาวะสับสน งุนงง และ ผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา นอกจากนี้แล้วยังพบการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความแตกต่างกันตามระดับการศึกษาของพยาบาล ดังการศึกษาของ กชพงษ์ สารการ (2542) พบว่า การจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคมักจะใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยกและการผูกมัดผู้ป่วย ส่วนด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พยาบาลวิชาชีพใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย พยาบาลเทคนิคใช้การพูดคุย และฉีดยา สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้การผูกมัดผู้ป่วย

Lehane และ Ree (1996) ได้กล่าวไว้ว่าการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วยคือ ผูกข้อมือและข้อเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสได้เคลื่อนไหวส่วนแขนและขาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดหรือถูกจำกัดพฤติกรรมมากเกินไป Eichelman (1992) กล่าวว่าควรผูกมัดผู้ป่วย 4 จุดด้วยกัน คือ ข้อมือทั้ง 2 ข้าง ข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านอนหงาย นอนตะแคง หรือนอนคว่ำก็ได้ และเพียร์ดี เปี่ยมมงคล (2536) เสนอหลักการจับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงว่าควรทำอย่างรวดเร็ว แต่อย่ารุนแรง จัดทีมเจ้าหน้าที่ในการจับผู้ป่วย โดยใช้เจ้าหน้าที่ 4 คนก่อนลงมือทำการมอบหมายหน้าที่ ให้แต่ละคนทำ โดยคนที่ 1 ทำหน้าที่เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น คุณ ... คุณโกรธหรือกลัวอะไร หรือคุณบอกเราได้ไหมว่าเราจะช่วยอะไรคุณได้ ในขณะที่เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ทำหน้าที่เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยอยู่ ให้เจ้าหน้าที่อีก 3 คน อยู่รอบๆ ผู้ป่วย พอได้จังหวะเจ้าหน้าที่คนที่ 1 จะให้สัญญาณเจ้าหน้าที่ทั้ง 3 คน

เข้าไปจับผู้ป่วยพร้อมๆ กัน โดยเจ้าหน้าที่จับแขนผู้ป่วยข้างละคน อีกคนจับเหนือเข่า (โดยเข้าข้างหลังของผู้ป่วย) ช่วยกันยกผู้ป่วยไปนอนบนเตียง แล้วผูกยึดผู้ป่วย ท่าที่จะผูกยึดผู้ป่วยอาจให้ผู้ป่วยนอนหงายหรือนอนตะแคงก็ได้ และธีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ได้เสนอวิธีปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วย โดยให้มีทีมที่จะจับผู้ป่วยผูกยึดซึ่งควรจะมีอย่างน้อย 5 คน โดยเป็นสมาชิกทีม 4 คน และหัวหน้าทีมหรือผู้เฝ้า 1 คน มีแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับวิธีการจับยึดร่างกายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมีการกำหนด บทบาทของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน เช่น บุคลากรแต่ละคนจะรับผิดชอบยึดแขนขาข้างใด ใครจะเป็นคนคอยป้องกันศีรษะของผู้ป่วย บุคลากรควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อลดความกลัวของผู้ป่วยว่าจะถูกบุคลากร โขเข้าหาตัวผู้ป่วยอย่างทันที และหัวหน้าทีมควรจะพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลในการผูกยึด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยไม่ยินยอมหรือยังมีพฤติกรรมรุนแรงทีมบุคลากรจะล้อมเข้าหาผู้ป่วยทุกด้าน และเลือกช่วงที่ความสนใจของผู้ป่วยวอกแวก บุคลากรแต่ละคนจะจับผู้ป่วยตามตำแหน่งที่ได้วางแผนไว้ ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าทีม การผูกยึดบนเตียงให้ผู้ป่วยนอนเหยียดขา กางขาทั้งสองข้างผูกยึดแขนทั้งสองข้างขนานกับลำตัวของผู้ป่วย และอธิบายเหตุผลของการใช้การผูกยึดกับผู้ป่วย

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยการผูกยึดนั้น พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Fisher, 1994) เนื่องจากการผูกยึดเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาต่างๆ มากมายหากมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง และขาดความเหมาะสม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากการผูกยึดจะเกิดขึ้นเพียงไม่กี่วันหรืออาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น จากการศึกษาของ Evans, Wood, Lambert & FitzGerald (2002) พบว่าการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการผูกยึดก่อให้เกิดผลต่อเนื่อง และปัญหาแทรกซ้อนแก่ระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบขับถ่าย และพบว่าการบาดเจ็บอยู่ 2 ประเภท ประเภทแรกเป็นการบาดเจ็บโดยตรงจากแรงกดของอุปกรณ์ที่ใช้ผูกยึด เช่น รอยขีด รอยถลอก หรือแผลที่ผิวหนัง เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท การเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันหลังจากการผูกยึด ประเภทที่สอง การบาดเจ็บทางอ้อม เช่น มีความเสื่อมถอยของพฤติกรรมทางสังคมกับสติปัญญา การเคลื่อนไหว การรับรู้ผิดปกติมากขึ้น เกิดแผลกดทับ รวมทั้งไม่สามารถกลืนอาหาระ ปัสสาวะได้ และที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งนอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกอับอาย ความไม่สุขสบายใจ และความไม่สบายกายที่ไม่

สามารถเคลื่อนไหวได้ โกรธแค้น สูญเสียอำนาจเนื่องจากการผูกยึดรบกวนต่อเกียรติศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล (Johnson, 1997)

แม้ว่าการผูกยึดยังเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่หากผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตยังคงเลือกการผูกยึดเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ควบคุมผู้ป่วย ทั้งๆ ที่บางรายอาจหลีกเลี่ยงการผูกยึดได้ ก็อาจก่อให้เกิดผลเสียมากมาย เนื่องจากผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ หากการผูกยึดนั้น ผู้ปฏิบัติขาดการพิจารณาไตร่ตรอง ขาดความรับผิดชอบ ขาดจริยธรรม ขาดความรู้ความเข้าใจในการผูกยึด และไม่ตระหนักถึงผลเสียของการผูกยึดต่อผู้ป่วยทั้งระยะสั้น และระยะยาว แม้ว่าการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยโดยการผูกยึดยังจำเป็นในโรงพยาบาลจิตเวชโดยทั่วไป ดังนั้นการลดจำนวนการผูกยึดผู้ป่วยให้น้อยลง จึงเป็นประเด็นสำคัญในการลดความเสี่ยง และผลเสียที่เกิดจากการผูกยึด และแม้ว่าจำเป็นต้องผูกยึดจริงๆ ผู้ป่วยก็ควรได้รับการผูกยึดที่ถูกวิธี เพื่อให้ได้รับผลกระทบหรือผลเสียน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ โรงพยาบาลศรีธัญญามีความตระหนักถึงผลเสียของการผูกยึดผู้ป่วย และได้ทำการพัฒนาอุปกรณ์การผูกยึดให้มีความปลอดภัยมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยลง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการใช้การผูกยึดผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าโรงพยาบาลได้พัฒนาระบบการทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกยึดแล้วก็ตาม แต่การผูกยึดไม่ได้มีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งไม่มีวิธีการหรือรูปแบบที่ชัดเจนในการปฏิบัติ เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชให้น้อยลง ซึ่งมีผลต่อการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติการผูกยึดผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศนำไปสู่การพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริการในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ต้องมีการประกันคุณภาพ ในโรงพยาบาล

1.2 ประเด็นหลักในการศึกษา (Main Issues)

การผูกยึดเป็นวิธีการที่ใช้มาก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่การผูกยึดก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ จึงจำเป็นต้องมี แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวช

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purpose of Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวช

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits/Outcomes)

1. พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลลดการผูกมัด และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้รับการผูกมัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 การทบทวนมโนคติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา (Review of Concepts / Theories Related to Issues Concern)

การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช ตามหัวข้อสำคัญดังนี้

1. การผูกมัดทางกายในผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้การผูกมัด
 - 1.2 ความหมายของการผูกมัดทางกาย
 - 1.3 วัตถุประสงค์ของการผูกมัด
 - 1.4 ประเภทของการผูกมัด
 - 1.5 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด
 - 1.6 ข้อห้ามในการผูกมัดผู้ป่วย
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่นำไปสู่การผูกมัดในผู้ป่วย
 - 2.1 สภาพแวดล้อม
 - 2.2 ผู้ป่วย
 - 2.3 บุคลากร
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัดทางกาย
 - 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชก่อนได้รับการผูกมัด
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชขณะได้รับการผูกมัด
 - 3.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการผูกมัด
4. ผลกระทบจากการถูกผูกมัดของผู้ป่วย
 - 4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย
 - 4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ
5. การพัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในการลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช

1. การผูกมัดทางกายในผู้ป่วยจิตเวช

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้การผูกมัด

การใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชมีมาช้านานโดยสมัยแรกๆ จะใช้การผูกมัดกับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปโดยใช้โซ่ตรวนและห่วงเหล็ก ทั้งนี้ขึ้นกับความเชื่อในแต่ละยุคว่า คนบ้าหรือคนเสียจริต มีสาเหตุมาจากอะไร ต่อมาเมื่อวงการแพทย์และพยาบาลได้พัฒนามากขึ้น จึงมุ่งการยกเลิกการใช้ การผูกมัดลงผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ไปจะได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีต่างๆ ส่วนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ยังคงต้องใช้การผูกมัดอยู่ ได้มีผู้ศึกษามากมายว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเช่นไรจึงจำเป็นต้องใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัดกล่าวคือจะใช้การผูกมัดในผู้ป่วยที่กระสับกระส่าย สับสน แสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ควบคุมตนเองไม่ได้ (Fisher, 1994) อยู่นิ่งไม่ได้ สูญเสียการตัดสินใจ หลงผิด ประสาทหลอน นอนไม่หลับ ปฏิเสธน้ำอาหารและยา (สมสร เชื้อหรัญ, 2535) วิตกกังวลสูง (เจตน์ภาดา นาคบุตร, 2547) อะอะอาละวาด คุกคามทำลายข้าวของ (Fisher, 1994)

กล่าวโดยสรุป เดิมนั้นจะใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ไปแต่ปัจจุบันจะใช้การผูกมัดกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่สามารถได้รับการรักษาพยาบาลอันใดได้ผลอีกแล้ว

1.2 ความหมายของการผูกมัดทางกาย

การผูกมัดทางกายไม่ว่าจะในผู้ป่วยฝ่ายกาย หรือผู้ป่วยทางจิตเวช ได้รับความสนใจจากบุคลากรทางสุขภาพมาโดยตลอด มีผู้ให้คำจำกัดความของการผูกมัดในความหมายที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นการใช้อุปกรณ์ที่สำหรับใช้ผูกมัดผู้ป่วยโดยเฉพาะเช่น ผ้าผูกข้อมือข้อเท้า สายหนัง ผ้ารัดหน้าอก หรือประยুক্তใช้อุปกรณ์อื่นๆ เช่น ผ้ายอกซ์ ผ้าปูที่นอน เพื่อจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือวิกฤต ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ทีมการรักษาหรือต่อบุคคลอื่น และไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (สุรัช สุนันตา, 2545; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; Evans et al, 2002)

นอกจากนี้ The Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO, 1996) ให้ความหมายของการใช้การผูกมัดผู้ป่วยว่า คือ การแสดงความตั้งใจที่จะจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยบางส่วนหรือทุกส่วนของร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น โดยใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ผ้ารัดหน้าอก ผ้ายอกซ์ สายหนัง แก้วสำหรับผูกมัดหรือใช้เหล็กกั้นเตียง

กล่าวโดยสรุปการผูกมัดผู้ป่วย หมายถึง การใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ผูกมัดข้อมือ ข้อเท้า และลำตัวผู้ป่วย โดยมีเป้าหมาย เพื่อที่จะจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายที่ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

1.3 วัตถุประสงค์ของการผูกยึด

วัตถุประสงค์ของการผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ได้มีผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการผูกยึดผู้ป่วยหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่น ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธและการควบคุมตัวเองไม่ได้จากอาการทางจิตเวช เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และควบคุมอาการที่เกิดจากพิษของแอลกอฮอล์หรือยาอื่นๆ (Fisher, 1994) ป้องกันผู้ป่วยสร้างความรุนแรงแก่สิ่งแวดล้อม และก่อความเสียหายอย่างรุนแรง (Mion et al, 1996) ยุติพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรง (Terpstra, 2001) ป้องกันอันตรายที่เกิดจากผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่ได้ ไม่ยอมพักผ่อน ไม่รับประทานอาหารและยา (สมสร เชื้อหรัญ, 2535) แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับสิ่งแวดล้อมได้ หรือมีความหวาดกลัว ระแวง วิตกกังวล ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และควบคุมตนเองไม่ได้ และตอบสนองการร้องขอให้ผูกยึดตน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกลึกซึ้งว่าตนเองจะควบคุมตนเองไม่ได้ อาจร้องขอให้เจ้าหน้าที่ผูกยึดตน (เจตน์ภาดา นาคบุตร, 2547)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ของการใช้การผูกยึดผู้ป่วย เพื่อจะป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.4 ประเภทของการผูกยึด

ประเภทของการผูกยึดในผู้ป่วยนั้น มีมากมายหลายวิธี แต่ละวิธีก็มุ่งจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากน้อยต่างกัน เช่น ให้เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ให้สามารถช่วยตัวเอง เช่น ป้อนอาหารหรือให้สามารถเดินได้ การผูกยึดที่พบบ่อยคือ การผูกข้อมือข้อเท้า การใช้ผ้าปูที่นอน และการใส่เสื้อรัดแขนผู้ป่วยไว้ (Rickelman, 1997) ขณะเดียวกัน Bursten (1975) และ Roper, Coutts, Sather และ Taylor (1985) ได้กล่าวถึงประเภทของการผูกมัด มีดังต่อไปนี้

1. Bodyband Restraint ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง ใช้ผ้ารัดบริเวณหน้าท้องแล้วไขว้ผ้าอ้อมหลังผู้ป่วย แล้วนำส่วนปลายไปผูกยึดกับเตียงตรงข้าม

2. The Posy Belt เป็นวิธีง่าย ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าที่มีความกว้างประมาณ 6 นิ้ว วางทบบนลำตัว แล้วใช้ปลายผ้าผูกติดแน่นกับเตียง เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

3. Wrist and Ankle Restraints เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกยึดข้อมือข้อเท้าของผู้ป่วย มีอยู่หลายชนิด คือ

3.1 Two Point Restraint เป็นการผูกยึดที่ใช้สายของของผู้ป่วย 2 ส่วน คือ

3.1.1 การผูกยึดข้อมือและข้อเท้าทั้งสองข้าง

3.1.2 การผูกขาทั้งสองข้าง

3.1.3 การผูกมือและขาค้นตรงข้ามติดกับเตียง

3.2 Four Point Restraint เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกทั้งข้อมือและข้อเท้าผู้ป่วยทั้งหมดติดกับเตียง เป็นวิธีที่สามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ได้ผลมากวิธีหนึ่ง

4. ให้ผู้ป่วยสวมเสื้อที่มีสายสำหรับผูกได้ (The Safety Vest or Strait Jacket) เป็นการสวมเสื้อที่ผูกรัดแขนผู้ป่วยเพื่อการผูกยึดผู้ป่วยให้นั่งติดกับเก้าอี้ เก้าอี้ล้อเลื่อน หรือเสา โดยให้ผู้ป่วยสวมเสื้อที่มีลักษณะเหมือนเสื้อม่อฮ่อม ที่ด้านข้างและด้านหน้าของเสื้อมีผ้ายาวสำหรับใช้ผูกยึดกับเก้าอี้หรือเสา

5. การผูกยึดรูปตัวอักษรวี (The V-Type Restraint) เป็นวิธีผูกยึดผู้ป่วยในลักษณะที่ผู้ป่วยครึ่งนั่งครึ่งนอนบนเตียง โดยใช้ผ้าพันรอบอกผู้ป่วยบริเวณรักแร้ พันผ้าจากหลังไปหน้า เมื่อพันได้หนึ่งรอบให้ผ้าข้ามไหล่ด้านตรงกันข้ามไปวนรอบคอผู้ป่วย และนำปลายผ้าทั้งสองผูกยึดกับหัวเตียง วิธีนี้ไม่นิยมใช้เพราะถ้าผู้ป่วยดิ้นจะทำให้ผ้าที่ผูกแน่น ผู้ป่วยหายใจไม่ออก อาจเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนได้ (Asphyxiation)

6. กางเกงที่มีสายสำหรับผูกยึดได้ (Mussadig Maneuver) ใช้วิธีการเดียวกับการสวมเสื้อผูกยึดโดยให้ผู้ป่วยสวมกางเกงหลวม ๆ ขาสามส่วนที่เรียกว่าปิยามา (Pijama) ซึ่งผูกติดกับเก้าอี้ ด้านหลังของกางเกงแนบเก้าอี้จะมีช่องสำหรับอุจจาระและปัสสาวะได้ วิธีนี้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้สะดวก สามารถเข็นรถไปด้วยตัวเองได้ แต่ไม่สามารถหนีออกจากเก้าอี้ได้

7. เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric Chair) เป็นเก้าอี้เหมือนเก้าอี้ทั่วไป พิเศษที่ด้านข้างของเก้าอี้ต่อด้วยไม้ขึ้นข้างบน ประมาณ 14 เซนติเมตร เมื่อผู้ป่วยลงนั่งเก้าอี้เรียบร้อยแล้ว จะมีไม้ 2 อันไขว้กันเป็นรูปกากบาทปิดกั้นผู้ป่วยข้างบนเพื่อกันผู้ป่วยออกจากเก้าอี้ วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขึ้นลงได้เล็กน้อย

8. การใช้ผ้าปู (Sheet Restraint) ใช้ผ้าปูที่นอนห่อตัวผู้ป่วยในลักษณะมัมมี่

9. การใช้ผ้าห่มเย็น (Cold wet sheet pack) การใช้ผ้าปูที่นอนห่อหุ้มรวมกับการใช้ความเย็นประคบ โดยผูกยึดผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่งลักษณะมัมมี่ ขึ้นในสุดเป็นผ้าปูที่นอนที่จุ่มน้ำเย็นเกือบแห้ง วิธีนี้จะได้ผลดีถ้าห่อหุ้มผู้ป่วยได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะไม่ได้ผล

และนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว โรงพยาบาลในประเทศไทยอาจใช้วิธีแตกต่างออกไปอีก เช่น การผูกเอวผู้ป่วยและผูกมัดไว้กับเสาหรือลูกกรง และอีกวิธีหนึ่งคือ มัดเท้าข้างเดียวติดกับเสา ซึ่งทั้งสองวิธีผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง การจะเลือกใช้เครื่องผูกยึดวิธีใดนั้น วัลลภา เชยบัวแก้ว (2532) กล่าวว่าควรพิจารณาการและความจำเป็นที่เห็นจากตัวผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรง สับสน การผูกมือและเท้าติดกับเตียงก็เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอยู่นิ่งไม่ได้ อาจใช้ผูกมัดมือและเท้าผู้ป่วยไว้กับเตียง และอาจใช้ร่วมกับยาสงบประสาท สำหรับผู้ป่วยที่อะอะ คลุ้มคลั่ง ไม่ยอมให้ความร่วมมือในเรื่องการรักษา เราจำเป็นต้องใช้

เครื่องผูกมัดที่มีความแข็งแรงขึ้นผูกมัดผู้ป่วยให้อยู่กับเตียง การใช้เสื้อสำหรับการผูกมัดจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะเสื้อจะช่วยผูกมัดส่วนลำตัวผู้ป่วยให้ติดกับเตียง และอาจจะต้องใช้ผ้าผูกมัดมือและเท้าร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยประเภทนี้มักจะหาทางแกะเชือกผูกมัดถ้าไม่ผูกมัดมือและเท้าไว้ด้วย

1.5 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัด

จากที่ได้กล่าวมาในการผูกมัดข้างต้น จะเห็นว่าการใช้การผูกมัดจะใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่อาละวาด คลุ้มคลั่ง ควบคุมตนเองไม่ได้ อยู่ในภาวะที่งุนงง สับสน มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมน้อย หรือไม่สามารถพักผ่อน นอนหลับ เนื่องจากมีภาวะวิตกกังวลสูง และผู้ป่วยบางรายอาจได้รับอันตรายเนื่องจากยาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยเดินเซ ความดันโลหิตต่ำ อาจหกล้มชนสิ่งของจนได้รับอันตราย (เจตน์ภาดา นาคบุตร, 2547) หรือผู้ป่วยไม่ยอมร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่จะทำร้ายตัวเอง และพยายามจะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่รุนแรงที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (กัลยา ภัคคิมงคล, 2538; Holzworth & Wills, 1999) และผู้ป่วยที่ได้รับยาในปริมาณน้อยๆ ระหว่างที่สังเกตอาการมีพฤติกรรมที่ไม่อยู่นิ่งหรือเพ้อคลั่ง และผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื้อดอง เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่เคยได้รับการบำบัดด้วยการผูกมัดแล้ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ดี และมีเจตคติที่ดีต่อการผูกมัด (Stuart & Sundeen, 1995) สำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางด้านร่างกายที่จำเป็นต้องผูกมัด เช่น ผู้ป่วยที่สับสน งุนงง จะตั้งอุปกรณ์ที่ให้การช่วยเหลือต่างๆ เช่น ดึงสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดึงสายให้อาหารทางจมูก ดึงสายออกซิเจน เป็นต้น (Mion et al, 1996)

1.6 ข้อห้ามในการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช

การผูกมัดทางกายในผู้ป่วยจิตเวชยังมีความจำเป็น และมีเหตุผลในการใช้ผูกมัดกับผู้ป่วย แต่ก็มีข้อห้ามในการผูกมัด ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ ดังนี้

การผูกมัดห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อม (Fisher, 1994) ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อลงโทษผู้ป่วย (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2538; Bursten, 1975) เพื่อเป็นการระบายความคับข้องใจ ไม่พอใจของเจ้าหน้าที่ และหลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ป่วย เป็นการต่อรองบังคับผู้ป่วยให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด (Bursten, 1975) ได้ตอบกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษา (Fisher, 1994) และที่สำคัญห้ามใช้การผูกมัดเพื่อความสะดวกของทีมงาน (Fisher, 1994) และควรใช้การผูกมัดเป็นวิธีสุดท้ายในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Bursten, 1975)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่นำไปสู่การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช

จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และนำไปสู่การใช้การผูกมัดหรือการใช้ห้องแยก มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากร ดังรายละเอียดที่นำเสนอข้างล่างนี้

2.1 สภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ลักษณะสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น Johnson (1997) ได้กล่าวไว้ว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัยที่แออัด ส่งผลให้เกิดการใช้ยาเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาเพียงพอ หรือตกงาน เป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมาได้ นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยภาพรวมในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นอาจเกิดได้ทั้งจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยตลอดจนบุคลากรพยาบาลโดยพอจะสรุปได้ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ
2. สภาพแวดล้อมไม่สบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้การพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร
3. สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลเคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัว และอิสรภาพ ต้องอยู่ในบริเวณที่จำกัด และภายในหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน อากาศถ่ายเทไม่สะดวก อุณหภูมิร้อนเกินไป
4. สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรน้อย มีงานรับผิดชอบมากเกินไป ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลไม่ทั่วถึง

นอกจากนี้ Morrison (1993) ได้กล่าวว่า บุคลากรควรพิจารณาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการทำงาน เช่น การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้มีความสะดวกต่อการทำงาน เช่น อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการผูกมัด ยาและอุปกรณ์ในการให้ยาแก่ผู้ป่วย ตลอดจนการจัดโต๊ะทำงานให้อยู่ในบริเวณที่มองเห็นผู้ป่วยชัดเจน ความเหมาะสมของหอผู้ป่วย เช่น จัดห้องและเตียงให้เหมาะสม ไม่คับแคบ หรือมีจำนวนเตียงมากเกินไปเพราะขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเจ้าหน้าที่ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และเป็นอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้

2.2 ด้านผู้ป่วย

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจะพบมากในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่วอาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรงร่วมกับอาการสับสน นอกจากนี้ในผู้ป่วยหวาดระแวงซึ่งอาจจะมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง

ผู้ป่วยประเภทที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น มีแบบแผนกระบวนความคิดที่ผิดปกติ และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติทางสมอง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีปัญหาที่เพิ่ม คือ สูญเสียการรับรู้ในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล สูญเสียความจำ และมีประสาททางหลอนทางตา (ฉวีวรรณ สัตยธร, 2540) นอกจากนี้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีพฤติกรรมรุนแรงหรือทำร้ายตนเอง ซึ่งไม่สามารถทราบได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งจะมีอาการหงุดหงิด พุดไม่หยุด เคลื่อนไหวตลอดเวลา โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรง แล้วแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) และจากการศึกษาของ Tardiff, Marzuk, Leon, Portera & Weiner (1997) ในเพนน์ วิทนี คลินิก (Payne Whitney Clinic) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนในเมืองแมนฮัตตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 763 คน พบว่าจากผู้ป่วยเพศหญิง 409 คน มีผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 60 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนผู้ป่วยจิตเวชชาย ทั้งหมด 354 คน มีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง 48 คน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จากการศึกษาของ Lee, Villar, Juthani & Bluestone (1989) ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท ซึมเศร้า และกลุ่มใช้ยาเสพติด

2.3 ด้านบุคลากร

บุคลากรในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้ จากรวบรวมรายงานเกี่ยวกับบุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) พบว่า สาเหตุที่บุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การห้ามปรามขณะผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น การนำผู้ป่วยไปฉีดยา ผู้ป่วยอะละอะอะขณะจำกัดพฤติกรรม ผู้ป่วยรับใหม่ขัดแย้งกับบุคลากร และการเข้าจับผู้ป่วยขณะหลบหนี ทำให้บุคลากรมีความรู้สึกที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ในบางครั้งการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงนั้นบุคลากรจะใช้ความรู้สึก อารมณ์ของตนเอง ได้แก่ การแสดงท่าทีที่เฉยเมย ไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย แสดงการขู่ และล้อเลียนผู้ป่วย โดยเจตนา ใช้เสียงดังแสดงความมีอำนาจ ออกคำสั่งกับผู้ป่วย ได้ตอบผู้ป่วยด้วยคำพูดที่รุนแรง และชี้หน้าคำผู้ป่วย จับผูกมัดผู้ป่วยด้วยความรุนแรง ผลักผู้ป่วย ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทำโทษและกลั่น

แก่งผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายเจ้าหน้าที่ และทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและผู้อื่นได้

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัดทางกาย

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชก่อนได้รับการผูกมัด

เมื่อพยาบาลสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงที่ก่อให้เกิดอันตรายกับตนเองหรือผู้อื่นก็จะให้การช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ของ Sclafani (1986 อ้างใน วัลภา เชยบัวแก้ว (2532) ได้อธิบายขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

3.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาและจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา และจัดโปรแกรมนั้นจะต้องระมัดระวังให้กระตุ้นผู้ป่วยน้อยที่สุด

3.1.2 การช่วยเหลือโดยการพูดคุย พยาบาลจะทำความเมตตา กรุณา และเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วยและต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วยโดยใช้คำพูด ซึ่งพยาบาลจะต้องมีทักษะเรื่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

3.1.3 การช่วยเหลือโดยทีมการรักษา ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้คำพูดเพื่อการรักษาแบบตัวต่อตัวโดยบุคลากรหลายคนต้องใช้คำพูดและท่าที่ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคุกคาม

3.1.4 การรักษาทางยา ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์เร็วติดต่อกันทางกล้ามเนื้อ

3.1.5 การผูกมัดเป็นวิธีสุดท้ายหลังจากใช้วิธีอื่นไม่ได้ผลแล้ว

จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาในข้างต้นแล้วจะเห็นได้จากวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่พฤติกรรมรุนแรงแล้วนั้นสามารถทำได้หลายวิธี แต่การผูกมัดผู้ป่วยยังมีความจำเป็นในการบำบัดผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ ผู้ป่วยและผู้อื่น ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้การผูกมัดนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลควรมีวิธีการจับและผูกมัดทางกายในผู้ป่วย เพื่อให้ปลอดภัยทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และพยาบาล วิธีการจับและการผูกมัดทางกายในผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

การใช้การผูกมัดทางกายในผู้ป่วยควรกระทำโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคในการควบคุมและการจับผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการวางแผนและกำหนดบทบาทของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน ต้องมีกำลังหรือการบังคับที่มีการร่วมมือกันของบุคลากร โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถต้านทานได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและทีมการรักษา จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องยังไม่พบวิธีการปฏิบัติที่ถือเป็นมาตรฐานสากลไว้อย่างชัดเจน ธีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ได้เสนอวิธีปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสรุปได้ ดังนี้

1. ทีมที่จะจับผู้ป่วยผูกยึดควรจะมีอย่างน้อย 5 คน โดยเป็นสมาชิกทีม 4 คนและหัวหน้าทีมหรือผู้ฝึก 1 คน มีสถานที่รักษาบางแห่งแนะนำว่าควรจะมีอย่างน้อย 6 คน อาจจะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยร่วมด้วยเพราะการแสดงกำลังจากคนที่มีจำนวนมาก ดูเข้มแข็ง มีการประสานงานที่ดี เด็ดเดี่ยวไม่หวั่นไหวกับการข่มขู่คุกคามของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยร่วมมือเองโดยไม่ต้องใช้กำลังบังคับ ข้อผิดพลาดที่ร้ายแรงที่สุดสำหรับแพทย์หรือพยาบาล คือการเอาชนะผู้ป่วยด้วยกำลังเพียงคนเดียวหรือมีกำลังบังคับผู้ป่วยไม่เพียงพอ รวมทั้งมีกำลังคนเพียงพอแต่ขาดผู้นำทีม
2. ควรมีแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับวิธีการจับยึดร่างกายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมีการกำหนดบทบาทของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน เช่น บุคลากรแต่ละคนจะรับผิดชอบยึดแขนขาข้างใดใครจะเป็นคนคอยป้องกันศีรษะของผู้ป่วย
3. ก่อนที่จะใช้กำลังจับยึดผู้ป่วยต้องจับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธและต้องร้องขอให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณนั้นทันที
4. บุคลากรควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อลดความกลัวของผู้ป่วยว่าจะถูกบุคลากรโหมเข้าหาตัวผู้ป่วยอย่างทันที
5. หัวหน้าทีมควรจะพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลในการผูกยึด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยไม่ยินยอมหรือยังมีพฤติกรรมรุนแรงทีมบุคลากรจะล้อมเข้าหาผู้ป่วยทุกด้าน และเลือกช่วงที่ความสนใจของผู้ป่วยออกแวก บุคลากรแต่ละคนจะจับผู้ป่วยตามตำแหน่งที่ได้วางแผนไว้ ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าทีม
6. ยานึกเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ควรจะเตรียมพร้อมที่จะใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการให้คลายผู้ป่วยทันทีเมื่อจับยึดผู้ป่วยได้แล้ว แต่ผู้ป่วยยังตะเกียกตะกายต่อสู้ให้คลายผู้ป่วยทันที ขณะคลายต้องระวังเข็มฉีดยาทีมแพทย์บริเวณอื่นของร่างกายผู้ป่วยและบุคลากรด้วย
7. การผูกยึดบนเตียงให้ผู้ป่วยนอนเหยียดยาว กางขาทั้งสองข้าง ผูกยึดแขนทั้งสองข้างแนบขนานกับลำตัว
8. ให้กระทำในท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับการให้น้ำเกลือเข้าหลอดเลือดดำในกรณีที่เป็น
9. ให้ยกศีรษะของผู้ป่วยสูงขึ้นเล็กน้อย เพื่อลดความรู้สึกว่าตัวผู้ป่วยเองไม่มั่นคงหรืออ่อนแอและลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดการสำลัก
10. อธิบายแก่ผู้ป่วยว่า เหตุใดจึงต้องพิจารณาใช้การผูกยึดกับผู้ป่วย
11. ให้มีบุคลากรคนหนึ่งคอยเดินไปดูผู้ป่วยและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยที่ถูกผูกยึด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง และไม่สามารถควบคุมตนเอง
12. ให้ตรวจตราการผูกยึดเป็นระยะๆ ในเรื่องความปลอดภัยและความสุขสบาย

13. ให้ยารักษาโรคจิตในขณะที่มีความเข้มข้นสูงสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงของการผูกยึด

14. ให้เริ่มการรักษาโดยใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัดเข้ามาช่วยหลังจากผู้ป่วยได้รับการผูกยึดเรียบร้อยแล้ว

15. ให้แก้การผูกยึดแก่ผู้ป่วยครั้งแรกแห่งเดียวก่อน หลังจากควบคุมผู้ป่วยได้แล้ว 5 นาที และเมื่อควบคุมผู้ป่วยผ่านไปได้อีก 5 นาที ก็จะแก้จุดผูกยึดอีกแห่งหนึ่ง จุดผูกยึดอีก 2 แห่งที่เหลืออยู่ควรจะแก้พร้อมกันเมื่อผู้ป่วยสงบ

16. ให้บันทึกในเอกสารถึงเหตุผลของการผูกยึดช่วงระยะเวลาการรักษา การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เวลาที่แก้การผูกยึดให้ผู้ป่วยและถ้าเห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงมีสติสัมปชัญญะหรือสภาพจิตที่ขัดขวางต่อการรักษา อาจต้องใช้การผูกยึดต่อกับผู้ป่วย

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชขณะได้รับการผูกยึด

Stuart & Sundeen (1995, อ้างใน สงวน ธาณี, 2541) ได้สรุปแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกผูกยึด ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อการรักษา
2. ต้องเอาไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ถูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียง
3. ต้องมีเจ้าหน้าที่ตรวจเยี่ยมทุก 15-30 นาที และเช็กสัญญาณชีพจร ทุก 4 ชั่วโมง
4. สังเกตสีผิวหน้า ป้อนการผูกมัดให้หลวมและปลดปล่อยแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งชั่วโมงละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้แขนหรือขาข้างนั้น
5. ต้องมีแพทย์มาเยี่ยมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และการเยี่ยมทุกครั้งต้องทบทวนแผนการรักษา
6. ต้องให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
7. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตามเวลาปกติ และต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลารับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำและมีแนวโน้มจะขาดน้ำและสารอาหาร ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้สารถนำสารอาหารทางหลอดเลือด
8. ผู้ป่วยต้องได้รับยาตามแผนการรักษา
9. ควรมีการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อเลิกการผูกยึด
10. อนุญาตให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการ
11. บันทึกและรายงานการปฏิบัติกิจกรรมโดยละเอียด

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการผูกมัด

เมื่อผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อยจากการผูกมัด พยาบาลดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

3.3.1 สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวเพื่อการรักษา เพื่อค้นหาสาเหตุและพฤติกรรมรุนแรง และกำหนดวิธีการช่วยเหลือต่อไป

3.3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยกิจกรรมต่างๆ

3.3.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกลึกซึ้งและความรู้สึกต่อการพยาบาลที่ได้รับอย่างอิสระ

3.3.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของเขาในโอกาสต่อไป

3.3.5 พยาบาลควรมีการพูดคุยกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

4. ผลกระทบจากการถูกผูกมัดของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยจิตเวชถูกผูกมัดจะทำให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนี้

4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

Evans และ คณะ (2002) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ได้รับจากการผูกมัดทางกายในผู้ป่วย พบว่ามีการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับจากแรงกดของอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัด รวมทั้งรอยขีด รอยถลอก หรือแผลที่ผิวหนังการบาดเจ็บของเส้นประสาท มักเกิดจากการผูกมัดข้อมือและลำตัวในผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงที่ยกหัวสูง ส่งผลให้เกิดแรงกดไปที่เส้นประสาทเบรเกียลส่วนปลาย การบาดเจ็บจากการขาดเลือด การผูกมัดมือทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับการผูกมัดสะโพกด้วยเข็มขัดนานเกิน 48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดแรงต้านจนหดเกร็ง จนเกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อข้อมือ 2 ข้าง การหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดมีอาการหายใจลำบากในขณะที่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น แขน ขา ห้อยอยู่กับอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัด หรือบางรายพยายามปีนลงจากเตียงหรือเก้าอี้ ผลของการที่ถูกผูกมัดเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระได้ และการผูกมัดยังส่งผลต่อความเสื่อมถอยของพฤติกรรมด้านสังคม กับสติปัญญา การเคลื่อนไหว และมีการรับรู้ที่ผิดปกติมากขึ้น ในที่สุดผลที่ตามมาที่ร้ายแรงที่สุด คือ การเสียชีวิต

4.2 ผลกระทบทางจิตใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ย่อมเกิดความไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายใจหรือเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรตามที่ตนต้องการได้ ปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด คือ เกิดความเครียด ความซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล ซึ่งภาวะจิตใจที่กล่าวมานี้

โดยปกติแล้วเป็นภาวะที่มีอยู่หรือที่เกิดขึ้นกับคนทุกๆ คน ในชีวิตประจำวันแต่จะมีระดับมากหรือน้อย และมีการแสดงออกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึก ประสบการณ์ และการยอมรับที่มีต่อการผูกมัดของผู้ป่วยแต่ละคน (ณัฐมณี ผกาภรณ์รัตน์, 2545)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การผูกมัดส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมทั้งส่งผลต่อสภาวะจิตใจ ทำให้ผู้ที่ถูกผูกมัดรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

5. การพัฒนาโปรแกรมสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในการลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช

แม้ว่าการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบการบริการในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ก็ต้อง มีความพยายามจากหลายฝ่ายที่จะพัฒนาโปรแกรม และแนวทางการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงผลเสียของการผูกมัด และส่งเสริมให้ใช้วิธีการผูกมัดในกรณีที่มีความจำเป็นเท่านั้น ดังเช่น

Forster, Cacness และ Phelps (1999) ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อลดการใช้ห้องแยก และการใช้การผูกมัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลที่อยู่ชนเมือง ขนาด 83 เตียง โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบก่อน และหลังการดำเนินการ ใช้ระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มประชากรเป็นกลุ่มสหวิชาชีพ วัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพการทำงาน ใช้วิธีการฝึกอบรมที่เรียกว่า การจูงใจ และการป้องกันตัว เป็นหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคนที่สัมผัสผู้ป่วย ซึ่งวัตถุประสงค์ของหลักสูตร 1) เพื่อเพิ่มความตระหนักกับบุคลากรเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) สนับสนุนให้ความรู้ และลดการจำกัดพฤติกรรม เช่น การใช้ห้องแยก และการผูกมัดผู้ป่วย 3) เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ลดปฏิกิริยาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรง หลักสูตรของการอบรมประกอบด้วย การฝึกอบรมการจัดการพฤติกรรมที่จูงใจ การประชุมทีมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การอภิปรายในหัวข้อปัญหาของแต่ละหอผู้ป่วย และมีตารางปฏิบัติงานในทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าอัตราการผูกมัดผู้ป่วยลดลงร้อยละ 13.8 % ระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัดลดลง 54.6% การบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ลดลง 18.8 % ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

McCue และ คณะ (2004) ได้ศึกษาโครงการลดการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชได้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน โดยได้มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. แสดงวิธีการผูกมัด การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการรักษา และการบริหารจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจัดกลุ่มที่มีความเครียด ความโกรธ ฝึกการควบคุมและการแสดงออกที่เหมาะสม โดยทำเป็นกลุ่ม โปรแกรมนี้มี 4 Session / สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดังนี้

Session ที่ 1

- อธิบายความหมายของความโกรธ
- แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความโกรธของตนเองและของกลุ่ม

Session ที่ 2

- ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ที่แสดงออกมาว่ามีสาเหตุมาจากอะไร
- ระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และจะอย่างไรกับความโกรธ
- เชื่อมโยงระหว่างความเชื่อของบุคคลและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความโกรธ

หาแนวทางที่จะกำจัดความโกรธ

Session ที่ 3

- การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธ ความเชื่อ การรับรู้ และทัศนคติ
- การแสดงความโกรธที่เหมาะสมกับสถานการณ์
- การแสดงความโกรธที่บ้าน และชุมชน

Session ที่ 4

- การเปลี่ยนแปลงวงจรความโกรธ
- เรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา
- เรียนรู้ทักษะในการฟัง
- เรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับมาของความโกรธ / ความเครียด ซ้ำอีก

3. ให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องเทคนิคการผูกมัดผู้ป่วย โดยให้ดูจากวิดีโอ และเทปจะประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะเวลา การพยาบาล การสื่อสาร วิธีการพูด และวิธีหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรง

4. พัฒนาทีมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยมีพยาบาล 3 คน เจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถเรียกตัวได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

5. มีการประชุมปรึกษาระหว่างแพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มีการผูกมัด หาแนวทางในการช่วยเหลือต่อไป

6. ส่งเสริมพัฒนางานให้เป็นระบบ และมีการให้รางวัลในการลดการผูกมัดน้อยที่สุด ผลของการศึกษาพบว่า การติดตามผล 5 ปี การใช้การผูกมัดผู้ป่วยในช่วง 3 ปีก่อนให้ความรู้ และหลังการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย พบว่า อัตราการผูกมัดลดลง มีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมสำหรับบุคลากรสุขภาพจิต จะเน้นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ใช้วิธีการผูกมัดในกรณีที่มีความจำเป็นเท่านั้น โดยเลือกใช้วิธีการบำบัดรักษาอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วยรูปแบบต่างๆ

2.2 กรอบแนวคิดการศึกษา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงที่นำไปสู่การผูกมัดทางกายในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งมาจากอาการทางจิตเวช เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และทำลายสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย เช่น สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ไม่สุขสบาย ขาดความเป็นอิสระ และสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรน้อยให้การดูแลได้ไม่ทั่วถึง และปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่า สาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การเข้าไปห้ามปรามผู้ป่วยขณะทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม การนำผู้ป่วยไปฉีดยา ผู้ป่วยใหม่ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดชั้น ต่อสู้ ไม่รวมมือในการรักษา และการเข้าจับผู้ป่วยขณะหลบหนี ทำให้ต้องใช้กำลังในการจับกุม และทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้สึกที่ไม่ดีกับผู้ป่วย แสดงความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงการยั่วเย้า ใช้เสียงดัง แสดงความมีอำนาจ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบ และแสดงพฤติกรรมรุนแรงตามมาได้ จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องเลือกใช้การผูกมัดร่างกายผู้ป่วยเพื่อยุติเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และผู้อื่น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังพบว่า ปัจจัยที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีอิทธิพลอย่างมากต่อการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าว สามารถวิเคราะห์และนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามลักษณะของปัญหาและความต้องการที่จะลดการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่นำไปสู่การผูกมัด การผูกมัดที่ถูกต้อง/ปลอดภัย และการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธและภาวะวิกฤตได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

3.1 การเลือกรูปแบบในการดำเนินการ (Selected model for implementation)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชได้เลือกรูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลงานการวิจัยของ Polit & Beck (2004) โดยการพัฒนาแบบมาจากการใช้ Research Utilization และการใช้ Evidence-Based Practice ของ IOWA Model (Titler et al, 2001); Stetler Model (Stetler, 1994); Rasswurm and Larrabee (1991) and Soukup (2000) ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของการใช้ผลงานวิจัยเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นปัญหาหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

เป็นขั้นตอนของการระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา โดยการระบุปัญหา มี 2 วิธี คือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-Focused Triggers) หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองในการปฏิบัติงานหรือจากข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน หรือข้อมูลจากระบบการพัฒนาคุณภาพหรือข้อมูลจากการ benchmarking ภายในหรือภายนอกหน่วยงาน ข้อมูลทางด้านการเงินหรือข้อมูลการระบุปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในคลินิก

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนความรู้ (Knowledge-Focused Triggers) หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดจากการค้นคว้าจากวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่มีหรือจากมาตรฐานแนวทางในการปฏิบัติงานต่างๆ ที่มีองค์กรหรือหน่วยงานระดับชาติ หรือจากปรัชญาในการดูแลหรือทุกคำถามจากคณะกรรมการจัดทำมาตรฐานระดับสถาบัน เมื่อได้ประเมินปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ให้ทบทวนดูว่าประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา เป็นปัญหาของหน่วยงานหรือไม่ ถ้าไม่ใช่ให้ทบทวนการระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาใหม่ แต่ถ้าเป็นปัญหาของหน่วยงานให้ตั้งทีมงานดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

เป็นขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ทั้งงานวิจัยเดี่ยว งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในขั้นตอนนี้หากพบว่าหลักฐานจากงานวิจัย

มากพอให้นำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐาน เพื่อพัฒนาเป็น ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ แต่หากพบว่า หลักฐานจากงานวิจัยไม่เพียงพอให้ใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์อื่นๆ ได้แก่ รายงานกรณีศึกษา ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ทาง วิทยาศาสตร์ หรือทฤษฎีต่างๆ มาใช้ร่วมด้วยหรือให้ดำเนินการวิจัยในประเด็นปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

เมื่อได้ข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติจากขั้นตอนที่ 2 แล้ว ในขั้นตอนที่ 3 เป็นการประเมิน แนวโน้มของการนำข้อเสนอแนะนั้นๆ ไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งมีมิติของการประเมิน 3 มิติหลัก คือ

3.1 การประยุกต์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง (transferability) เป็นการเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่การปฏิบัติในสถานการณ์ จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอที่ได้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่ม ประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอ ไปใช้หรือไม่ ประเมินการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานหรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึง กับหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผล ได้เมื่อใด

3.2 ความเป็นไปได้ (feasibility) หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากร เกื้อหนุนและบุคลากรในหน่วยงาน ความเป็นไปได้ ในการนำเสนอไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานนั้น จะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ข้อเสนอแนะ ต้องมีการ ประเมินว่าข้อเสนอแนะรบกวนการทำงานของบุคลากรอื่นหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำ ข้อเสนอแนะมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรว่าส่งเสริมต่อการนำ ข้อเสนอไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและ สนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และหากมีการนำข้อเสนอไปใช้จะเกิดความ จัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่

นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะ บุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกกันเองได้หรือไม่ และหากฝึกกันเองไม่ได้ ต้องเชิญบุคคลภายนอกมา ช่วยฝึก มีความลำบากมากน้อยเพียงใด และพยาบาลจะสามารถละทิ้งงานอื่นๆ ที่ต้องทำประจำมา ฝึกทักษะนี้ได้หรือไม่ หากข้อเสนอจำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่

3.3 สัดส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Cost – benefit ratio) ในการนำ ข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำข้อเสนอ

ไปใช้ และต้องประเมินได้ว่า หากปฏิบัติในรูปแบบเดิมจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร ในส่วนของค่าใช้จ่ายจะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ หากนำข้อเสนอไปใช้ทั้งในระยะสั้น และในระยะยาวและต้องประเมินได้ว่าหากไม่ใช้ข้อเสนอจะเกิดการสูญเสียอย่างไร

เมื่อพบว่าข้อเสนอแนะมีความเหมาะสมนำไปใช้ได้จริง และมีความคุ้มค่า ให้ดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Developing, implementing, and evaluating the innovation)

การวางแผนการนำไปทดลองใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ มีขั้นตอนตั้งแต่ การเลือกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดเก็บข้อมูลพื้นฐาน สร้างแนวทางการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Guideline) ที่สร้างขึ้นลงปฏิบัติในหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานนำร่อง ประเมินผลของกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิด แล้วนำผลการประเมินมาปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น แล้วตั้งคำถามว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปฏิบัติ นั้น เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ปฏิบัติจริงหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมให้ย้อนไปประเมินคุณภาพของการดูแลและความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นและดำเนินการระบุประเด็นที่ต้องการศีกษาใหม่ ถ้าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปฏิบัติ นั้นเหมาะสมสำหรับการนำไปปฏิบัติจริงลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ ในองค์กร ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนั้นในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นดำเนินการติดตามวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการและโดยวิเคราะห์จากสิ่งแวดล้อม บุคลากร ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งควรใช้เวลาในขั้นตอนนี้อย่างเพียงพอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กรอย่างแท้จริง เช่น ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 -12 เดือน และควรมีมีการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่นักปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป (Polit & Beck, 2004)

3.2 การประยุกต์รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศีกษาและกระบวนการศีกษา (Modified framework for the study and study process)

ในการศีกษาครั้งนี้ ผู้ศีกษาได้ประยุกต์การดำเนินการตามกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวช เพราะมีความชัดเจนตั้งแต่ในขั้นตอนของการระบุถึงประเด็นที่เกิดจากปัญหาหรือจากองค์ความรู้ จนถึงขั้นตอนการติดตามผล แม้จะเป็นรูปแบบที่ใช้ในระดับองค์กร แต่การระบุปัญหาเริ่มจากกลุ่ม

ปฏิบัติงาน ทำให้สามารถสร้างแนวปฏิบัติหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ได้ สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดจากทุกคนทำให้ทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของมีการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้การปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงสามารถดำเนินการได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้แนวคิดของรูปแบบของ Polit & Beck (2004) ยังมีความสอดคล้องกับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการทำงานที่มีมาตรฐานเชิงวิชาชีพโดยสอดคล้องกิจกรรมวิจัยเข้าไปในการปฏิบัติงานในการดำเนินการตามกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สรุปขั้นตอนการประยุกต์การดำเนินการใช้ผลการวิจัยของ Polit & Beck (2004) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา

ในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูล คือ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแล ข้อมูลนี้ถือว่าการระบุประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers) และแหล่งข้อมูลสุดท้ายผู้ศึกษาได้จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดมาก เป็นการพิจารณาปัญหาจากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge Focused Triggers)

1.1 ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers)

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดในหอผู้ป่วยเรกซ์และวิกตอเรีย ที่มีอาการทางจิตรุนแรงจำเป็นต้องใช้วิธีการผูกมัดไว้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยวิธีการผูกมัด คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ ซึ่งเหตุผลของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผูกมัดผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน การรักษาที่ได้รับ คือการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยวิธีการผูกมัดร่างกายจนกว่าอาการหรือพฤติกรรมที่รุนแรงจะสงบลง และไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ส่วนการค้นหาสาเหตุของการผูกมัดผู้ป่วย และวิธีการส่งเสริมให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยวิธีการผูกมัดให้น้อยลง มีการปฏิบัติในพยาบาล และเจ้าหน้าที่บางคนเท่านั้น จึงทำให้อัตราการผูกมัดผู้ป่วย ยังคงมีอัตราการผูกมัดสูงอยู่ ซึ่งวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้คือ ผู้ป่วยรับใหม่ครั้งแรกประเมินระดับอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) และแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเรกซ์ทั้ง 5 มิติแบบองค์รวม ให้การรักษาพยาบาลตามอาการที่ประเมินได้ ร่วมกับการใช้ SAFE program เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยง จนผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ย้ายไปฟื้นฟูต่อเนื่องในหน่วยงานเร่งรัดตามนโยบายของโรงพยาบาล สำหรับ SAFE program คือ แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การทำร้ายตนเอง (Suicide) อุบัติเหตุ (Accident) พฤติกรรมรุนแรง (Fight) และการหลบหนี (Escape) เจ้าหน้าที่ทุกคนต้อง

ตระหนัก และป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้น และวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงคือ การผูกมัดผู้ป่วย จากสถิติของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการถูกผูกมัดในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548, 2549 และ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยถูกผูกมัด จำนวน 4,142, 3,946 และ 3,495 ราย ตามลำดับ จากสถิติกล่าวพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยวิธีการผูกมัดมีสูง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ยังไม่ชัดเจนและมีรูปแบบที่แน่นอน จึงทำให้ไม่สามารถที่จะลดจำนวนการผูกมัดผู้ป่วยลงได้

1.2 การทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge Focused Triggers)

ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดนั้น พบว่า มีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด คือ ปัจจัยผู้รักษาหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยควรได้รับการผูกมัด ปัจจัยด้านผู้รักษา พบว่าทัศนคติของผู้ป่วยและผู้รักษา มีผลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีการผูกมัดและการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยขณะถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ส่วนสิ่งแวดล้อมใน หอผู้ป่วยพบว่า สภาพหอผู้ป่วยแออัด มีผู้ป่วยจำนวนมาก กุญแจเบียบเกรงครัดทำให้ผู้ป่วยไม่มีอิสระหรือการปฏิบัติของบุคลากร เช่น แสดงท่าทางขี้ขลาด เลื่อน เพิกเฉยต่อผู้ป่วย ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถวิเคราะห์และนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามลักษณะของปัญหาและความต้องการที่จะลดการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่นำไปสู่การผูกมัด การผูกมัดที่ถูกต้อง/ปลอดภัย และการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธและภาวะวิกฤตได้

จากข้อมูลที่ได้จากประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงานและการทบทวนองค์ความรู้เมื่อนำมาวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งที่ต้องการพัฒนา พบว่าสิ่งที่ต้องการพัฒนาในหน่วยงานคือ การพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการผูกมัดที่ถูกต้อง มีความปลอดภัยมากขึ้น พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการผูกมัดและมีรูปธรรม และโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติลดการผูกมัดและสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

เมื่อสรุปหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้วางกรอบแนวคิดเพื่อการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น

2.1.1 เกณฑ์การเลือกงานวิจัย

1. งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 15 - 60 ปี
2. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดทางกายของผู้ป่วยจิตเวช
3. ครอบคลุมงานวิจัยที่เป็น Full Text ตั้งแต่ปี ค.ศ 1980 – 2005 ที่มีรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสำรวจ พรรณนา และรวมถึง Guidelines และ Systematic review.

2.1.2 กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig, 2002) มีรายละเอียดดังนี้

P	หมายถึง	Psychiatric patients
I	หมายถึง	Restraint reduction program
C	หมายถึง	-
O	หมายถึง	Restraint use

2.2 Keyword ที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

1. Population: Keyword ที่ใช้คือ Mental illness, Psychosis, Hospitalized patient
2. Intervention: Keyword ที่ใช้คือ Education program, Psycho education, Health teaching, Stress/Anger management, restraint reduction program, Milieu
3. Outcome : Keyword ที่ใช้คือ Use of restraint, Restraint rate, Restraint

2.3 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guidelines.gov
2. ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org , www.JoannaBriggs.edu.au
3. ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ PubMed, MEDLINE, OVID, CINAHL, SCIENCE DIRECT, Blackwell-synergy.
4. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list)

2.4 ผลการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่า งานวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เฉพาะ Abstract จึงไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ หรือบางงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่ได้รับในประเทศไทย

การสืบค้น ผู้ศึกษาได้กำหนดช่วงเวลาของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง 25 ปี ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1980- 2005 ผลการสืบค้นผลงานวิจัย Full text จำนวน 6 เรื่อง นำมาคัดเลือกเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยที่คัดออกคือ “Decrease in restraint use in a study of a geropsychiatric unit” เนื่องจากไม่ระบุกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินการวิจัยไม่มีความชัดเจนตามเกณฑ์การวิจัยที่มีคุณภาพ

งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก แยกออกเป็นงานวิจัย Systematic review จำนวน 2 เรื่อง และงาน One group pretest-posttest studies จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

1. Systematic review

1.1 Sailas, E. & Fenton, M. (2005). Seclusion and Restraint for people with serious mental illnesses (CochraneReview). The Cochrane Library, Issue 3.

1.2 Evans, D., Wood, J., Lambert, L., & FitzGerald, M. (2002). Physical restraint in Acute and residential care. A Systematic Review No. 22. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia

2. One group pretest-posttest studies

2.1 McCue, R. E., Urcuyo, L., Lili, Y., Tobias, T., Chambers, M. J. (2004). Reducing restraint use in a Public psychiatric inpatient service. The Journal of Behavioral Health Services & Research.31 (2), 217-224.

2.2 Forster, P. L., Cavness, C., Phelps, M. A. (1999). Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. Archives of Psychiatric Nursing.5, 269-271.

2.3 Jonikas A. J, Cook J.A , Rosen C, Laris A & Kim J. (2004). Brief reports: A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities/ PsychiatricServices.55, 818-820.

งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาใส่ในตาราง ที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง จากนั้นสกัดเนื้อหาส่วนที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช (รายละเอียดของงานวิจัยที่วิเคราะห์และสังเคราะห์แสดงไว้ในภาคผนวก ง)

2.5 เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐาน ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) การแบ่งระดับของหลักฐาน มีดังนี้

Level I: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์เมตา ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

Level II: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง

Level III: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม

Level IV: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

Level V: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

เมื่อนำงานวิจัยมาสังเคราะห์ทำให้ได้ Recommendation จากงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง และจำแนกความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามเกณฑ์การพัฒนา ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

1) การพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นนโยบายของโรงพยาบาล(Evans et al, 2002, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2)

2) ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำโปรแกรมและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้บริหารต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

3) พยาบาลที่จะเป็นผู้ตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้เนื่องจากการผูกมัดจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย (Sailas, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

4) ควรมีการจัดตั้งทีมเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นทางการจะช่วยลดโอกาสการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชโดยเจ้าหน้าที่ในทีมประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และรพก. (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

5) ควรมีการจัดระบบการทำงานของทีมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง เช่น จัดระบบการสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง จัดการประชุมทีมเพื่อติดตามความก้าวหน้า และมีระบบการให้รางวัล เพื่อจูงใจให้เจ้าหน้าที่หลีกเลี่ยงการใช้การผูกมัด (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

6) ควรพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะใดบ้างที่มีแนวโน้มที่จะได้รับการผูกมัด และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

7) ควรจัดทำคู่มือ หรือ Video เกี่ยวกับวิธีการผูกมัดที่ถูกต้องและปลอดภัย การใช้ห้องแยก เพื่อเป็นสื่อประกอบการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

8) ผู้ที่ทำหน้าที่อบรมพยาบาลเพื่อรู้จักการผูกมัดที่ถูกต้องและปลอดภัย ควรเป็นผู้ที่มีความรู้/ประสบการณ์ในการผูกมัดเป็นอย่างดี (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

2. การพัฒนาโปรแกรมที่จะใช้ในการลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช จะต้องมียุทธศาสตร์หลายกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ / พฤติกรรมก้าวร้าว / การป้องกันและการช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤต การพัฒนาโปรแกรมการลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และมีรายละเอียดดังนี้ (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1) โปรแกรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จัดเป็นโปรแกรมฝึกอบรมระยะสั้น 1 วันโดยมีหัวข้อของการฝึกอบรมและมีการฝึกเทคนิคการจัดการกับภาวะวิกฤต ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ (Jonikas et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอน/ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤติ
2. การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละระยะ

3. การสื่อสาร ความแตกต่างระหว่างการสื่อสารที่ใช้เหตุผลกับแบบไม่ใช่
 วิจารณ์ญาณ

4. การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ

5. วิธีหลีกเลี่ยงการใช้กำลังบังคับ

ทั้งนี้หน่วยงานควรจัดให้มีการอบรมหรือทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อลด
 อัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันการถูกผู้ป่วยทำร้ายเป็นประจำทุกปี รวมทั้งให้ผู้ป่วยที่ได้รับ
 การผูกมัดมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิง
 ประจักษ์ ระดับ 4)

2) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วย

ก. โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชจัดการกับความเครียด/ความโกรธ/ภาวะ
 วิกฤติ รูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรทำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินจาก
 บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยในเรื่องแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและทำลาย และ
 ควรเป็นการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผู้บำบัดมีหน้าที่เชื่อมโยงรวมทั้งให้ข้อมูล
 เพิ่มเติมและสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ จำนวนครั้งของโปรแกรมมี 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ โดยจัดครั้งละ
 1 ชั่วโมง มีเนื้อหาหลักดังนี้ (McCue et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์
 ระดับ 4)

ครั้งที่ 1 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การอธิบายความหมายของความโกรธ
2. การจัดให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกัน เพื่อที่จะทราบทัศนคติที่มีต่อความโกรธ
3. การอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวและผลที่ตามมาหลังจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ครั้งที่ 2 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ที่แสดงออกมาว่ามีสาเหตุมาจาก
 อะไร
2. ระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความโกรธการค้นหา
 ความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อของบุคคลและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความ
 โกรธ
3. การตระหนักรู้การแสดงความโกรธใน 2 รูปแบบ ระหว่างการแสดงความรู้สึก
 โกรธโดยอัตโนมัติกับการคิดใคร่ครวญก่อนที่จะแสดงความโกรธ

ครั้งที่ 3 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนประสบการณ์การเกี่ยวกับความโกรธ โดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การรับรู้และทัศนคติ
2. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่เหมาะสมในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย
3. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่บ้านหรือที่ชุมชน

ครั้งที่ 4 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงวงจรความโกรธ
2. การเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหาและกลวิธีในการลดความรู้สึกโกรธและลดพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล เรียนรู้ทักษะในการฟัง
4. การเรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการแสดงความโกรธ/ความเครียดที่ไม่เหมาะสมซ้ำอีกโดยการคงไว้ซึ่งทัศนคติใหม่และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด

ข. โปรแกรมการลดการใช้การผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวชโดยการเตรียมความพร้อม

เพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตรายบุคคล ประกอบด้วยเนื้อหาสาระดังนี้ (Jonikas et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย: เจ้าหน้าที่พยาบาลสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตและวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤต รวมทั้งสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกระวนกระวายใจและความโกรธในช่วงที่ผ่านมา และระบุวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อให้ตนเองมีอาการสงบลง รวมทั้งการสัมภาษณ์ประวัติการถูกจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยและวิธีการรักษาด้วยยาทางจิต

2) การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยถึงวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤตศึกษาว่าวิธีการใดบ้างสามารถป้องกันความรุนแรงและวิธีการใดมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการจัดการภาวะวิกฤตที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้เป็นแบบแผนการพยาบาลและให้ผู้ป่วยเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไป

3) หากผู้ป่วยรายใดประสบปัญหา/ความยุ่งยากในการจัดการกับภาวะวิกฤตหรือเริ่มมีอาการกระวนกระวาย นำแผนการพยาบาลที่ทำไว้สำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ มาใช้

4) หากผู้ป่วยรายใดสามารถจัดการกับอาการได้ตั้งแต่แรก เจ้าหน้าที่ก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้แผนการจัดการกับภาวะวิกฤตนั้นต่อไปในอนาคต

5) หากผู้ป่วยปฏิบัติตามแบบแผนแล้วภาวะวิกฤตมีความรุนแรงขึ้น ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจิตเวชต้องทบทวนแผนการพยาบาลในการจัดการกับภาวะวิกฤตอีกครั้ง และหากกลยุทธ์ใหม่เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

6) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องถูกผูกมัด หลังจากปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต้องพูดคุยกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ถูกผูกมัด และวางแผนการพยาบาลร่วมกันใหม่นั้นก็ต้องเอามานำเสนอในหอผู้ป่วย เพื่อให้ทราบทั่วกัน

3. การประเมินผลลัพธ์การผูกมัดหลังการดำเนินโปรแกรมพยาบาล พยาบาลสามารถประเมินผลลัพธ์ในเรื่องดังต่อไปนี้ (McCue et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

- 1) อัตราการใช้การผูกมัด จำนวนครั้งของ การใช้การผูกมัดผู้ป่วยต่อเดือน
- 2) อัตราการทำร้ายกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยต่อเดือน
- 3) อัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่ต่อเดือน
- 4) อัตราการพยายามทำร้ายตนเองของผู้ป่วย (ไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย) ต่อเดือน
- 5) อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่อเดือน

ทั้งนี้ข้อมูลเหล่านี้ควรถูกรวบรวมจากบันทึกของโรงพยาบาลก่อนเริ่มโปรแกรม และเก็บรวบรวมอีก หลังโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ ใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มของ Polit และ Beck (2004) ตามรายละเอียดดังนี้

3.1 การถ่ายทอด/นำความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) ข้อเสนอมีความเหมาะสมกับหน่วยงานและกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้ คือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัดไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ข้อเสนอในงานวิจัย พบว่า การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเวชจัดการกับความเครียดและโกรธ มีแนวทางมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดอัตราการผูกมัดลงได้

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้นๆ ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลมีสิทธิโดยชอบตามกฎหมายและขอบเขตของการปฏิบัติ และสามารถลดวิธีการปฏิบัติตามหัวข้อนั้น ได้ถ้าหากการปฏิบัตินั้นไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในหน่วยงาน จากข้อเสนอในงานวิจัย วิธีการทั้งหมดจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัด

ในผู้ป่วยจิตเวช บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับ เนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัด และการทำกลุ่ม แต่ก็ไม่ยุ่งยาก สามารถจัดอบรมได้เองในหน่วยงาน

3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) เนื่องจากการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การนำวิธีการการจากข้อเสนอที่ได้จากงานวิจัย ที่กล่าวมาจะช่วยให้งานที่ทางพยาบาลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดได้ดีขึ้นหรือลดการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชได้ถึงแม้ว่าจากข้อเสนอพบว่าวิธีการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ดำเนินการควรต้องผ่านการอบรมรับทราบเนื้อหา วิธีการทำกลุ่ม ซึ่งไม่ยุ่งยากและไม่สิ้นเปลืองเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียกับการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น น่าจะคุ้มค่า คำนวณประโยชน์มากกว่า

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Developing, implementing, and evaluating guideline)

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ พอเพียงที่จะสนับสนุนเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาวางแผนสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

4.1 การกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการคือ เพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

4.2 ผู้ศึกษาเขียนแนวปฏิบัติ โดยยึดรูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติตามของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) ประกอบด้วย

- 1) ชื่อแนวปฏิบัติการของพยาบาล
- 2) แหล่งอ้างอิงของบรรณานุกรม
- 3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
- 4) วิธีดำเนินการ
- 5) ข้อเสนอแนะ
- 6) ข้ออ้างอิงที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ
- 7) ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้
- 8) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก
- 9) ข้อเท็จจริงที่ระบุเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

(รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก)

4.3 นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปหาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ 1) แพทย์เฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน 3) พยาบาลที่ได้วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ผลงานการวิจัยของ Polit & Beck (2004) มี 4 ขั้นตอนในการศึกษานี้ 1) เลือกรวบรวมข้อมูลด้วยการพิจารณาประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers) และระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge Focused Triggers) 2) สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence) 3) ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) 4) พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Developing , implementing , and evaluating the innovation) ปัญหาจากสิ่งกระตุ้นสองวิธีได้แก่ปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงานและความรู้ที่เกิดขึ้นกับความรู้ใหม่จากสิ่งกระตุ้นได้มาจากการทบทวนองค์ความรู้วรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ศึกษาได้ค้นคว้าหลักฐานงานวิจัยทั้งจากที่ได้ตีพิมพ์ไปแล้วและที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษซึ่งได้แก่ www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, PubMed, MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, Blackwell-synergy และเอกสารอ้างอิง คำสำคัญที่ใช้ค้นหา คือ Mental illness, Education program, Use of restraint, ใด้งานวิจัย 5 เรื่อง งานวิจัยเหล่านี้ประกอบไปด้วยงานวิจัย Systematic review จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ One group pretest-posttest studies จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยทั้งหมดเกี่ยวข้องกับวิธีการลดการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช นำงานวิจัยทั้ง 5 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ตามกระบวนการ ได้ข้อเสนอแนะนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช นำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ คือ

1. ควรหาข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์ เช่น การลดทัศนคติ
2. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองปฏิบัติในหอผู้ป่วยจิตเวชโดยศึกษาในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง
3. ควรทำการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และนำเสนอผลต่อผู้บริหารเพื่อขยายการใช้แนวปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล
4. เผยแพร่แนวปฏิบัติลงสู่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกองค์กร โดยผ่านทาง การประชุมวิชาการ และเผยแพร่ลงในวารสาร สิ่งตีพิมพ์ ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช
(THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR REDUCING PHYSICAL RESTRAINT IN PSYCHIATRIC PATIENTS)

นัตรชัย มิ่งส่วน 4637777 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิริธมมงคล, Ph.D. (Nursing),
ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาโครงการ

ในปัจจุบันมีการผูกมัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของการผูกมัดโดยกรมสุขภาพจิตไม่มีข้อมูลของการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช จากรายงานการผูกมัดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548, 2549 และ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยถูกผูกมัด จำนวน 4,142, 3,946 และ 3,495 ราย ตามลำดับ (รายงานการผูกมัดผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) แม้จะมีรายงานผลการวิจัยต่างๆ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด จะได้รับผลกระทบตามมามากมาย เช่นการเกิดอาการแทรกซ้อนทางกาย ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นก็ตาม แต่อัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชก็ไม่ได้ลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการแสดงถึงความผิดปกติทางด้านการคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง คนอื่น และสิ่งของ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม 2540) ดังนั้นจึงทำให้เกิดการผูกมัดในผู้ป่วยบ่อยครั้งขึ้นเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้อื่น

ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่มักได้รับการผูกมัดมีลักษณะที่หลากหลาย และไม่มีเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และระดับการศึกษาของพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการผูกมัด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมรับร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง เอะอะ

อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น มีภาวะสับสน งุนงง สูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล ไม่ยอมพักผ่อน นอนหลับ ไวต่อสิ่งเร้า มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จนร่างกายอ่อนเพลียมาก และผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา (กัลยา ภักดีมงคล, 2538; Holzworth & Wills, 1999) จากการศึกษาของ Mion และ คณะ (1996) พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดในโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีภาวะสับสน หรือสูญเสียการรับรู้ สูญเสียความสามารถทางกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้การพิจารณาว่าผู้ป่วยลักษณะใดที่ควรได้รับการผูกมัด ยังขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่อีกด้วย ดังเช่น จากการศึกษาของ Telintelo, Kuhlman, & Winget (1983) จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ให้เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วยก่อนที่จะมีการผูกมัด คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น มีภาวะสับสน อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย เดินไปมา ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และจากการศึกษาของ Betemps, Somoza และ Buncher (1993) พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จำนวน 82 แห่ง จะใช้การผูกมัดในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้อื่น วุ่นวาย เอาะอาละวาด ก้าวร้าว มีภาวะสับสน งุนงง และผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา นอกจากนี้แล้วยังพบการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีความแตกต่างกันตามระดับการศึกษาของพยาบาล ดังการศึกษาของ กชพงษ์ สารการ (2542) พบว่า การจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคมักจะใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยกและการผูกมัดผู้ป่วย ส่วนด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พยาบาลวิชาชีพใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย พยาบาลเทคนิคใช้การพูดคุยและฉีกยา สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้การผูกมัดผู้ป่วย

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยการผูกมัดนั้น พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Fisher, 1994) เนื่องจากผูกมัดเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาต่างๆ มากมายหากมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง และขาดความเหมาะสม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากการผูกมัด จะเกิดขึ้นเพียงไม่กี่วันหรืออาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น การศึกษาของ Evans, Wood, Lambert & FitzGerald (2002) พบว่าการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการผูกมัดก่อให้เกิดผลต่อเนื่อง และปัญหาแทรกซ้อนแก่ระบบต่างๆ ของร่างกาย การบาดเจ็บทางอ้อม เช่น มีความเสื่อมถอยของพฤติกรรมทางสังคมกับสติปัญญา การเคลื่อนไหว การรับรู้ผิดปกติดีกขึ้น เกิดแผลกดทับ รวมทั้งไม่สามารถกลืนอาหารหรือ ปัสสาวะได้

และที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งนอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกอับอาย ความไม่สุขสบายใจ และความไม่สบายกายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ โกรธแค้น สูญเสียอำนาจ เนื่องจากการผูกมัดที่รบกวนต่อเกียรติศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล (Johnson, 1997)

แม้ว่าการผูกมัดยังเป็นเรื่องที่ยังจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่หากผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตยังคงเลือกการผูกมัดเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ควบคุมผู้ป่วย ทั้งๆ ที่บางรายอาจหลีกเลี่ยงการผูกมัดได้ ก็อาจก่อให้เกิดผลเสียมากมาย เนื่องจากผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ หากการผูกมัดนั้น ผู้ปฏิบัติขาดการพิจารณาไตร่ตรอง ขาดความรับผิดชอบ ขาดจริยธรรม ขาดความรู้ความเข้าใจในการผูกมัด และไม่ตระหนักถึงผลเสียของการผูกมัดต่อผู้ป่วยทั้งระยะสั้น และระยะยาว แม้ว่าการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยโดยการผูกมัดยังจำเป็นในโรงพยาบาลจิตเวชโดยทั่วไป ดังนั้นการลดจำนวนการผูกมัดผู้ป่วยให้น้อยลง จึงเป็นประเด็นสำคัญในการลดความเสี่ยง และผลเสียที่เกิดจากการผูกมัด และแม้ว่าจำเป็นต้องผูกมัดจริงๆ ผู้ป่วยก็ควรได้รับการผูกมัดที่ถูกวิธี เพื่อให้ได้รับผลกระทบหรือผลเสียน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ โรงพยาบาลศรีธัญญามีความตระหนักถึงผลเสียของการผูกมัดผู้ป่วย และได้ทำการพัฒนาอุปกรณ์การผูกมัดให้มีความปลอดภัยมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยลง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการใช้การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าโรงพยาบาลได้พัฒนาระบบการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดแล้วก็ตาม แต่การผูกมัดไม่ได้มีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งไม่มีวิธีการหรือรูปแบบที่ชัดเจนในการปฏิบัติเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชให้น้อยลง ซึ่งมีผลต่อการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศนำไปสู่การพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน และมีคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริการในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ต้องมีการประกันคุณภาพ ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purpose of Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการดำเนินการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์การดำเนินการตามกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช เพราะมีความชัดเจนตั้งแต่ในขั้นตอนของการระบุสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาหรือจากองค์ความรู้ จนถึงขั้นตอนการติดตามผล แม้จะเป็นรูปแบบที่ใช้ในระดับองค์กร ตั้งแต่การระบุปัญหาเริ่มจากกลุ่มปฏิบัติงาน ทำให้สามารถสร้างแนวปฏิบัติหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ได้ สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดจากทุกคนทำให้ทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของมีการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้การปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงสามารถดำเนินการได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้แนวคิดของรูปแบบของ Polit & Beck (2004) ยังมีความสอดคล้องกับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการทำงานที่มีมาตรฐานเชิงวิชาชีพโดยสอดคล้องกิจกรรมวิจัยเข้าไปในการปฏิบัติงานในการดำเนินการตามกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สรุปขั้นตอนการประยุกต์การดำเนินการใช้ผลการวิจัยของ Polit & Beck (2004) ดังต่อไปนี้

1. เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา

ในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษานี้ ข้อมูล คือ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแล จาก 4 แหล่งข้อมูลนี้ถือว่าเป็นการระบุประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers) และแหล่งข้อมูลสุดท้ายผู้ศึกษาได้จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดมากเป็นการพิจารณาปัญหาจากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge Focused Triggers)

1.1 ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers)

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ในหอผู้ป่วยเรกรับและวิกฤต ที่มีอาการทางจิตรุนแรงจำเป็นต้องใช้วิธีการผูกมัดไว้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยวิธีการผูกมัด คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ ซึ่งเหตุผลของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผูกมัดผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน การรักษาที่ได้รับ คือการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยวิธีการผูกมัดร่างกายจนกว่าอาการหรือพฤติกรรมที่รุนแรงจะสงบลงและไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ส่วนการค้นหาสาเหตุของการผูกมัดผู้ป่วยและวิธีการส่งเสริมให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยวิธีการผูกมัดให้น้อยลง มีการปฏิบัติในพยาบาล และเจ้าหน้าที่บางคนเท่านั้น จึงทำให้อัตราการผูกมัดผู้ป่วย ยังคงมีอัตราการผูกมัดสูงอยู่ ซึ่งวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ คือ ผู้ป่วยรับใหม่ครั้งแรกประเมินระดับอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS)

และแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 5 มิติแบบองค์รวม ให้การรักษาพยาบาลตามอาการที่ประเมินได้ ร่วมกับการใช้ SAFE program เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยง จนผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ย้ายไปฟื้นฟูต่อเนื่องในหน่วยงานเร่ร่อนตามนโยบายของโรงพยาบาล สำหรับ SAFE program คือ แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การทำร้ายตนเอง (Suicide) อุบัติเหตุ (Accident) พฤติกรรมรุนแรง (Fight) และการหลบหนี (Escape) เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องตระหนักและป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้น และวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงคือการผูกมัด จากสถิติของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการถูกผูกมัดในโรงพยาบาลศรีธัญญาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548, 2549 และ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยถูกผูกมัดจำนวน 4,142, 3,946 และ 3,495 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยวิธีการผูกมัดมีสูง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ยังไม่ชัดเจน และมีรูปแบบที่แน่นอน จึงทำให้ไม่สามารถที่จะลดจำนวนการผูกมัดผู้ป่วยลงได้

1.2 การทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge Focused Triggers)

ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดนั้น พบว่า มีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด คือ ปัจจัยผู้รักษาหรือผู้ดูแลผู้ป่วย มีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยควรได้รับการผูกมัด ปัจจัยด้านผู้รักษา พบว่าทัศนคติของผู้ป่วยและผู้รักษามีผลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีการผูกมัดและการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยขณะถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ส่วนสิ่งแวดล้อมใน หอผู้ป่วยพบว่า สภาพหอผู้ป่วยแออัด มีผู้ป่วยจำนวนมาก กฎระเบียบเคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยไม่มีอิสระหรือการปฏิบัติของบุคลากร เช่น แสดงท่าทางขี้ขลาด ล้อเลียน เพิกเฉยต่อผู้ป่วย ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถวิเคราะห์และนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลได้ ตรงตามลักษณะของปัญหาและความต้องการที่จะลดการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่นำไปสู่การผูกมัด การผูกมัดที่ถูกต้อง/ปลอดภัย และการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธและภาวะวิกฤตได้

2. สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

เมื่อสรุปสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้วางกรอบแนวคิดเพื่อการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น

2.1.1 เกณฑ์การเลือกงานวิจัย

1. งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 15 - 60 ปี
2. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดทางกายของผู้ป่วยจิตเวช
3. ครอบคลุมงานวิจัยที่เป็น Full Text ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2005 ที่มีรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสำรวจ พรรณนา และรวมถึง Guidelines และ Systematic review.

2.1.2 กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig, 2002) มีรายละเอียดดังนี้

- | | | |
|---|---------|-----------------------------|
| P | หมายถึง | Psychiatric patients |
| I | หมายถึง | Restraint reduction program |
| C | หมายถึง | - |
| O | หมายถึง | Restraint use |

2.2 Keyword ที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

1. Population: Keyword ที่ใช้คือ Mental illness, Psychosis, Hospitalized patient
2. Intervention: Keyword ที่ใช้คือ Education program, Psycho education, Health teaching, Stress/Anger management, restraint reduction program, Milieu
3. Outcome: Keyword ที่ใช้คือ Use of restraint, Restraint rate, Restraint

2.3 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guidelines.gov
2. ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.JoannaBriggs.edu.au
3. ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ PubMed, MEDLINE, OVID, CINAHL, SCIENCE DIRECT, Blackwell-synergy.
4. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list)

2.4 ผลการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่า งานวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เฉพาะ Abstract จึงไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ หรือบางงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่ได้รับในประเทศไทย

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 5 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐาน ของ Melnyk and Fineout-Overholt (Melnik & Fineout-Overholt, 2005). พบว่าเป็นงานวิจัย Systematic review จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ One group pretest-posttest studies จำนวน 3 เรื่อง รวมทั้งหมด 5 เรื่อง ที่สามารถนำมาอ่าน วิเคราะห์ และสกัดเนื้อหา ลงตาราง ตามลำดับหัวข้อ คือ 1. วัตถุประสงค์ 2. ระเบียบวิจัย 3. ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4. กลุ่มตัวอย่าง 5. สถานที่ในการศึกษาวิจัย 6. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7. วิธีการหรือกิจกรรมที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8. ผลการวิจัย 9. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 11. ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 12. การสกัดเพื่อนำไปใช้ และนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

3. ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential)

การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ ใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มของ Polit และ Beck (2004) ตามรายละเอียดดังนี้

3.1 การถ่ายทอด/นำความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding)

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้นๆ ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)

3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio)

4. พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Developing, implementing, and evaluating guideline)

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ พอเพียงที่จะสนับสนุนเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาวางแผนสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

4.1 การกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการคือ เพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

4.2 ผู้ศึกษาเขียนแนวปฏิบัติ โดยยึดรูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติตามของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) ประกอบด้วย

- 1) ชื่อแนวปฏิบัติการของพยาบาล
- 2) แหล่งอ้างอิงของบรรณานุกรม
- 3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
- 4) วิธีดำเนินการ
- 5) ข้อเสนอแนะ
- 6) ข้ออ้างอิงที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ
- 7) ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้
- 8) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก
- 9) ข้อเท็จจริงที่ระบุเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

4.3 นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปหาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ 1) แพทย์เฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน 3) พยาบาลที่ได้วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช ได้ข้อเสนอแนะดังนี้
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช ลดอัตราการถูกทำร้ายของเจ้าหน้าที่ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกคอตาย

ลักษณะกลุ่มประชากร

เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยจิตเวช
2. บุคลากรทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ส่งเสริมให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

1. ขั้นตอนเตรียมการในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

1) การพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นนโยบายของโรงพยาบาล (Evans et al, 2002, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2)

2) ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำโปรแกรมและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้บริหารต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

3) พยาบาลที่จะเป็นผู้ตัดสินใจผูกคอตายผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้เนื่องจากการผูกคอตายจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย (Sailas, 2005, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

4) ควรมีการจัดตั้งทีมเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นทางการ จะช่วยลดโอกาสการใช้การผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวชโดยเจ้าหน้าที่ในทีมประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาล และรพภ. (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

5) ควรมีการจัดระบบการทำงานของทีมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง เช่น จัดระบบการสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง จัดการประชุมทีมเพื่อติดตามความก้าวหน้า และมีระบบการให้รางวัล เพื่อจูงใจให้เจ้าหน้าที่หลีกเลี่ยงการใช้การผูกคอตาย (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

6) ควรพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะใดบ้างที่มีแนวโน้มที่จะได้รับการผูกคอตาย และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการผูกคอตายผู้ป่วย (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

7) ควรจัดทำคู่มือ หรือ Video เกี่ยวกับวิธีการผูกคอตายที่ถูกต้องและปลอดภัย การใช้ห้องแยก เพื่อเป็นสื่อประกอบการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

8) ผู้ที่ทำหน้าที่อบรมพยาบาลเพื่อรู้จักการผูกคอตายที่ถูกต้องและปลอดภัย ควรเป็นผู้ที่มีความรู้/ประสบการณ์ในการผูกคอตายเป็นอย่างดี (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

2. การพัฒนาโปรแกรมที่จะใช้ในการลดอัตราการผูกคอตายผู้ป่วยจิตเวช จะต้องมียุทธศาสตร์หลายกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกรอบการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับ

การจัดการความโกรธ / พฤติกรรมก้าวร้าว / การป้องกันและการช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤต การพัฒนาโปรแกรมการลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และมีรายละเอียดดังนี้ (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1) โปรแกรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จัดเป็นโปรแกรมฝึกอบรมระยะสั้น 1 วัน โดยมีหัวข้อของการฝึกอบรมและมีการฝึกเทคนิคการจัดการกับภาวะวิกฤต ประกอบด้วย เนื้อหาดังนี้ (Jonikas et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน/ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤติ
2. การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละระยะ
3. การสื่อสาร ความแตกต่างระหว่างการสื่อสารที่ใช้เหตุผลกับแบบไม่ใช้
พิจารณา
4. การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ
5. วิธีหลีกเลี่ยงการใช้กำลังบังคับ

ทั้งนี้หน่วยงานควรจัดให้มีการอบรมหรือทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันการถูกผู้ป่วยทำร้ายเป็นประจำทุกปี รวมทั้งให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

2) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วย

ก. โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชจัดการกับความเครียด/ความโกรธ/ภาวะวิกฤติ รูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรทำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยในเรื่องแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและทำลาย และควรเป็นการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผู้บำบัดมีหน้าที่เชื่อมโยงรวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมและสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ จำนวนครั้งของโปรแกรมมี 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ โดยจัดครั้งละ 1 ชั่วโมง มีเนื้อหาหลักดังนี้ (McCue et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

ครั้งที่ 1 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การอธิบายความหมายของความโกรธ
2. การจัดให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกัน เพื่อที่จะทราบทัศนคติที่มีต่อความโกรธ
3. การอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวและผลที่ตามมาหลังจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ครั้งที่ 2 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ที่แสดงออกมาว่ามีสาเหตุมาจากอะไร
2. ระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความโกรธการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อของบุคคลและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความโกรธ
3. การตระหนักรู้การแสดงความโกรธใน 2 รูปแบบ ระหว่างการแสดงความรู้สึกโกรธโดยอัตโนมัติกับการคิดใคร่ครวญก่อนที่จะแสดงความโกรธ

ครั้งที่ 3 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนประสบการณ์การเกี่ยวกับความโกรธ โดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การรับรู้และทัศนคติ
2. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่เหมาะสมในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย
3. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่บ้านหรือที่ชุมชน

ครั้งที่ 4 มีเนื้อหาหลักดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงวงจรความโกรธ
2. การเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหาและกลวิธีในการลดความรู้สึกโกรธและลดพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล เรียนรู้ทักษะในการฟัง
4. การเรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการแสดงความโกรธ/ความเครียดที่ไม่เหมาะสมซ้ำอีกโดยการคงไว้ซึ่งทัศนคติใหม่และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด

ข. โปรแกรมการลดการใช้การผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวชโดยการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตรายบุคคล ประกอบด้วยเนื้อหาสาระดังนี้ (Jonikas et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย: เจ้าหน้าที่พยาบาลสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตและวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤต รวมทั้งสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกระวนกระวายใจและความโกรธในช่วงที่ผ่านมา และระบุวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อให้ตนเองมีอาการสงบลง รวมทั้งการสัมภาษณ์ประวัติการถูกจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยและวิธีการรักษาด้วยยาทางจิต

2) การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยถึงวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤตศึกษาว่าวิธีการใดบ้างสามารถป้องกันความรุนแรงและวิธีการใดมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการจัดการภาวะวิกฤตที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้เป็นแบบแผนการพยาบาลและให้ผู้ป่วยเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไป

3) หากผู้ป่วยรายใดประสบปัญหา/ความยุ่งยากในการจัดการกับภาวะวิกฤตหรือเริ่มมีอาการกระวนกระวาย นำแผนการพยาบาลที่ทำไว้สำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ มาใช้

4) หากผู้ป่วยรายใดสามารถจัดการกับอาการได้ตั้งแต่แรก เจ้าหน้าที่ก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้แผนการจัดการกับภาวะวิกฤตนั้นต่อไปในอนาคต

5) หากผู้ป่วยปฏิบัติตามแบบแผนแล้วภาวะวิกฤตมีความรุนแรงขึ้น ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจิตเวชต้องทบทวนแผนการพยาบาลในการจัดการกับภาวะวิกฤตอีกครั้ง และหากลยุทธ์ใหม่เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

6) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องถูกผูกมัด หลังจากปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต้องพูดคุยกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ถูกผูกมัด และวางแผนการพยาบาลร่วมกันใหม่นั้นก็ต้องเอามานำเสนอในหอผู้ป่วย เพื่อให้ทราบทั่วกัน

3. การประเมินผลลัพธ์การผูกมัดหลังการดำเนินโปรแกรมพยาบาล พยาบาลสามารถประเมินผลลัพธ์ในเรื่องดังต่อไปนี้ (McCue et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

- 1) อัตราการใช้การผูกมัด จำนวนครั้งของการใช้การผูกมัดผู้ป่วยต่อเดือน
- 2) อัตราการทำร้ายกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยต่อเดือน
- 3) อัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่ต่อเดือน
- 4) อัตราการพยายามทำร้ายตนเองของผู้ป่วย (ไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย) ต่อเดือน
- 5) อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่อเดือน

ทั้งนี้ข้อมูลเหล่านี้ควรถูกรวบรวมจากบันทึกของโรงพยาบาลก่อนเริ่มโปรแกรม และเก็บรวบรวมอีก หลังโปรแกรม

สรุปการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ผลงานการวิจัยของ Polit & Beck (2004) มี 4 ขั้นตอนในการศึกษานี้ 1) เลือกรหัสข้อด้วยการพิจารณาประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers) และระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge Focused Triggers) 2) สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence) 3) ประเมิน

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) 4) พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ (Developing, implementing, and evaluating the innovation) ปัญหาจากสิ่งกระตุ้นสองวิธีได้แก่ปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงานและความรู้ที่เกิดขึ้นกับความรู้ใหม่จากสิ่งกระตุ้นได้มาจากการทบทวนองค์ความรู้วรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ศึกษาได้ค้นคว้าหลักฐานงานวิจัยทั้งจากที่ได้ตีพิมพ์ไปแล้วและที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษซึ่งได้แก่ www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, PubMed, MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, Blackwell-synergy และเอกสารอ้างอิง คำสำคัญที่ใช้ค้นหา คือ Mental illness, Education program, Use of restraint, ใ้ดงานวิจัย 5 เรื่อง งานวิจัยเหล่านี้ประกอบไปด้วยงานวิจัย Systematic review จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยแบบ One group pretest-posttest studies จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยทั้งหมดเกี่ยวข้องกับวิธีการลดการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช นำงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ตามกระบวนการ ได้ข้อเสนอแนะนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช นำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ คือ

1. ควรหาข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์ เช่น การปรับทัศนคติ
2. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองปฏิบัติในหอผู้ป่วยจิตเวชโดยศึกษาในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง
3. ควรทำการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และนำเสนอผลต่อผู้บริหารเพื่อขยายการใช้แนวปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล
4. เผยแพร่แนวปฏิบัติลงสู่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกองค์กร โดยผ่านทาง การประชุมวิชาการ และเผยแพร่ลงในวารสาร สิ่งตีพิมพ์ ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR REDUCING PHYSICAL RESTRAINT IN PSYCHIATRIC PATIENTS

CHATCHAI MINGSUAN 4637777 NSMH/ M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.
PRAPA YUTTATRI, D.N.S

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of Program Development

At present, the rate of physical restraints in a psychiatric hospital tends to increase. However, the Department of Mental Health does not have a record of physical restraints of psychiatric patients. According to the reports on physical restraints of Srithanya Hospital from 2005 to 2007, the number of patients who were physically restrained was 4,142, 3,946, and 3,495, respectively (Report on Physical Restraint of Inpatients, Nursing Working Group, Srithanya Hospital, B.E. 2550). Although research reports have pointed out that physical restraints have led to a number of effects such as physical complications and prolonged hospital stay, the rate of physical restraints does not seem to decrease. This may be because psychiatric patients have abnormal cognition, emotion, and behavior, and they have impairment in self-control as well as control of others and objects. Therefore, they need immediate assistance (Chaweewan Sattayatham, B.E. 2540). For this reason, physical restraints are important as they help prevent harms on both patients and others.

At present, psychiatric patients who are physically restrained vary in terms of characteristics, and there is no definite criterion on when physical restraints should be used. Most of the time physical restraints depend on the patients' aggressive behaviors. Studies conducted both in Thailand and abroad have shown that physical

restraints are used when patients do not cooperate with the treatment, when patients try to harm themselves or commit a suicide, or when patients have aggressive and destructive behaviors. Also, physical restraints can be used when patients are confused; puzzled; disoriented about date, time, place, and persons; sensitive to stimuli; and restless until they become exhausted. They can be used when patients refuse to take a rest or sleep or when patients have withdrawal symptoms as well (Kalaya Pakdeemongkol, B.E. 2538; Holzworth & Wills, 1999). Mion et al. (1996) conducted a study and found that inpatients who are physically restrained are those who are characterized with confusion, loss of perception, loss of physical ability to carry out daily living activities, problems with movement, or severe condition of the illness. In addition, the judgment on whether the patients should be physically restrained also depends on the healthcare staff's opinions. For instance, Telintelo, Kuhlman, & Winget (1983) interviewed healthcare staff providing nursing care to patients and discovered that physical restraints are used when patients have aggressive behaviors, try to harm themselves and others, are confused or restless, and are unable to control themselves. Furthermore, Betemps, Somoza, and Buncher (1993) report that healthcare staff working at 82 hospitals often used for physical restraints when patients try to harm themselves and others, when patients have aggressive behaviors, when patients are confused and dazed, and when they have withdrawal symptoms. Moreover, it has been revealed that management of patients with aggressive behaviors depends on the educational background of nursing staff. For example, Kotchapong Sarakarn (B.E. 2542) found that in order to manage physical aggression to themselves, professional and technical nurses tended to talk to patients, while patients' assistants tended to isolate and physically restrain patients, and in order to deal with physical aggression to others, professional nurses tended to talk to the patients, technical nurses tended to talk to the patients and gave them an injection, and patients' assistants tended to use physical restraints.

To provide assistance to patients with physical restraints, professional nurses need to have knowledge and understanding of the process of changes that have taken place due to the pathology of the disorder. Such knowledge and understanding will lead to understanding of changing behaviors of patients so that they can offer both physical and psychological care to them. Physical restraints that have both physical

and psychological effects on patients (Fisher, 1994) because the patients' movements are restricted. When physical restraints are done incorrectly or inappropriately, they can lead to different complications even though patients are restrained for only a few days or even a few hours. Evans, Wood, Lambert, & Fitzgerald (2002) have found that restriction in movements due to physical restraints leads to continuous effects, complications of different body systems, and indirect injuries such as deterioration of social behaviors, cognition, and body movement; increase in abnormal perceptions; bed sores; inability to control urination and bowel movement; and falls. In addition to physical effects, physical restraints also result in a number of psychological effects including embarrassment, discomfort from being unable to move, unhappiness, anger, and loss of power as physical restraints cause patients to lose senses dignity and individuality (Johnson, 1997).

Physical restraints have a number of adverse effects on patients, the most serious of which is mortality if healthcare personnel who physically restrain the patients lack conscience, responsibility, ethics, knowledge and understanding about physical restraints, or awareness of both long-term and short-term effects of physical restraints on patients. Even though physical restraints are considered important in general psychiatric hospitals, reduction in frequency of physical restraints is an important issue that can decrease risks and adverse effects of physical restraints. When it is absolutely necessary, physical restraints should be done correctly so as to minimize negative effects or impacts. Srithanya Hospital uses physical restraints to control patients' behaviors, but the hospital still lacks a clear policy on criteria of physical restraints. Also, there is no evidence-based guideline on how to reduce or avoid physical restraints in inpatients, and this has an effect on quality assurance of the hospital.

Therefore, the investigator was interested in systematically developing a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints on psychiatric patients, which is considered very important for nursing staff to uniformly implement physical restraints based on research evidence to ensure nursing excellence leading to standardized and quality nursing care, a key to nursing services in the age of healthcare reform that entails quality assurance in hospitals.

Purpose of the Study

To develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraint in psychiatric patients

Research Methodology

In the present study, the research utilization process of Polit & Beck (2004) was used to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients. This is because the research utilization process is clear when it comes to steps involved in the process, starting from beginning with problem stimuli or an existing body of knowledge and ending with follow-up of outcomes. Even though it is a pattern designed for an organizational level, identification of problems starts from the working group, hence the capability to create a new practice guideline or an innovation. The end result comes from every individual who is involved, so everyone develops a sense of ownership which makes changes more feasible. Furthermore, the concept of Polit & Beck (2004) is also consistent with a health reform policy which emphasizes professional work with research activities. As regards the implementation of the research utilization in this study, the researcher summarized the research utilization of Polit & Beck (2004) as follows:

1. Selection of the topic or problem under study

In selecting the problem to be studied, the data were derived from past caring experiences, or problem-focused triggers, as well as an extensive review of knowledge on physically restrained patients, or knowledge-focused triggers.

1.1 Problem-focused triggers

Based on the investigator's previous experience in taking care of severe psychiatric patients who are physically restrained in the admission wards and the critical wards, physical restraints are necessary to prevent patients from harming themselves, others, and objects. The causes of physical restraints are aggressive behaviors, harming self and others, and destructive behaviors. Different nurses and other healthcare staff in physically restraining patients vary. The treatment the patients receive are pharmacological treatment prescribed by psychiatrists together with physical restraints until patients can be calmed down and are no longer a danger to themselves, others, and the environment. Only some nurses and healthcare team

members who try to search for causes of physical restraints and limit use of physical restraints, and the rate of physical restraints is still considered high. At present, newly admitted patients and re-admitted patients are evaluated to determine their psychotic symptoms using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the Five-Dimension Holistic Evaluation Scale for Newly Admitted Patients so as to be able to treat their symptoms as assessed. The SAFE program is also used to make patients safe from risks, until their symptoms are no longer active and are transferred for continuous rehabilitation in accordance with the acceleration policy of the hospital. The SAFE Program is a practice guideline of the hospital which monitors risks of patients who are admitted into the inpatient wards. The patients' behaviors which make physical restraints necessary include suicide, accident, fight, and escape. All healthcare staff members need to be aware and prevent incidents from taking place while the patients are hospitalized. According to statistics of physical restraints at Srithanya Hospital, the number of patients who were physically restrained between 2005 and 2007 was 4,142, 3,946, and 3,495, respectively. It can be seen that the number of patients who are physically restrained is rather high, but since there is no clear pattern on how physical restraints should be done in the inpatient wards, the number of patients who are physically restrained cannot yet be reduced.

1.2 Knowledge-focused triggers

There are different factors which play a role in physically restraining patients. As regards the factor of caregivers, caregivers believe that patients should be physically restrained. As for the factor of healthcare team members, it has been reported that the attitudes of patients and healthcare staff have an effect on nursing care with physical restraints and provision of care during physical restraints. The last factor is the environmental factor, the environment in the inpatient wards which are crowded and which are under strict rules and regulations make patients lose freedom. It may also result from healthcare personnel's characteristics or treatment of the patients such as teasing, ignoring, or refusing to listen to patients' feelings and opinions. These factors can be analyzed and used to develop a clinical nursing practice guideline which directly suits problems and desire to reduce physical restraints in psychotic patients. Dissemination of knowledge and training on different behaviors of patients which necessitate physical restraints, correct and safe physical

restraints, and development and promotion of anger and crisis management among patients should also be carried out.

2. Assembling and evaluating evidence

After concluding causes and related factors of physical restraints, the researcher devised a conceptual framework to review related literature and research with the aim to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients in the following steps:

2.1 Determining the search criteria

2.1.1 Research selection criteria

1. Related research in psychiatric patients aged 15 to 60 years
2. Research on physical restraints of psychiatric patients
3. Research with a full text available published between 1980 and 2005 including experimental research, quasi-experimental research, survey research, descriptive research, as well as guidelines and systematic reviews

2.1.2 The conceptual framework used in the search for research evidence was the “PICO” framework (Craig, 2002) which can be described as follows:

- P referring to Psychiatric patients
- I referring to Restraint reduction program
- C referring to -
- O referring to Restraint use

2.2 The keywords used in the search consisted of the following:

1. Population: The keywords used were mental illness, psychosis, and hospitalized patients
2. Intervention: The keywords used were education program, psycho-education, health teaching, stress/anger management, restraint reduction program, and Milieu
3. Outcome: The keywords used were use of restraint, restraint rate, and restraint

2.3 Databases used in the search

The researcher searched for research evidence from published and unpublished research reports (Master’s theses) in Thai and English from different databases as follows:

1. Database related to practice of different institutes: www.guidelines.gov
2. Databases of systematic reviews: www.cochrane.org and www.JoannaBriggs.edu.au
3. Database of single research: PubMed, MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, and Blackwell-Synergy
4. Reference lists

2.4 Search outcomes

The search of research evidence from different databases revealed that most of the research studies did not have a full text as only the abstract was published, hence lack of access to the studies. Also, some research studies were published in journals that were not subscribed in Thailand.

According to the search, there were altogether five studies which could be used to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients. When assessing the strength of evidence based on the categorization of evidence proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005), it was found that there were two systematic reviews and three one group pretest-posttest studies. These five research studies were then read, analyzed, and extracted before recording data onto a table which consisted of the following topics: 1) research objectives, 2) research methodology, 3) strength of evidence, 4) study sample, 5) research setting, 6) data collection instruments, 7) methods or activities provided to the sample, 8) research findings, 9) clinical relevance, 10) meaningfulness, 11) feasibility of utilization, 12) extraction for subsequent use. The contents filled in each section of the table were considered, and major issues derived from these research studies were summarized. The thesis advisor was asked to review the findings to ensure accuracy before the findings were used to develop a clinical nursing practice guideline to reduce rate of physical restraints in psychiatric patients.

3. Assessing implementation potential

The criteria proposed by Polit and Beck (2004) were used to determine implementation potential as follows:

3.1 Transferability of findings

3.2 Feasibility of implementation

3.3 Cost-benefit ratio

4. Developing, implementing, and evaluating guideline

After accumulating studies and other research evidence to support actual implementation, the researcher planned to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients as follows:

4.1 Determining the desired outcome: Reducing physical restraints in psychiatric patients

4.2 Writing a clinical nursing practice guideline by following the guideline structure recommended by The Agency for Healthcare Policy Research (AHCPR) consisting of the following:

1. Name of a clinical nursing practice guideline
2. Reference lists
3. Scope of the implementation
4. Implementation methods
5. Recommendations
6. References supporting recommendations
7. Benefits and dangers from implementation of the recommended clinical nursing practice guideline
8. Actual implementation in a clinical setting
9. Facts about the developed clinical nursing practice guideline

4.3 The developed guideline was examined by a panel of three experts composed of one psychiatrist, one nursing instructor with experience providing care to psychiatric patients, and one professional nurse specializing in mental health and psychiatry, to confirm content validity and language appropriateness. The guideline was revised and improved in accordance with the experts' comments and suggestions before it was used in an actual clinical setting.

Recommendation as Derived from Evidence

Based on the review of related literature and research which was then analyzed to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients, the following recommendations can be made:

A clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients

Objective

To develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients, being injured by patients and complications of being restrained.

Population

Psychiatric patients who are admitted into a psychiatric hospital

Beneficiaries of the implementation of a clinical nursing practice guideline

1. Psychiatric patients
2. Healthcare staff members

Outcome of the implementation of a clinical nursing practice guideline

Nurses' and healthcare staff's reduction in use of physical restraints in psychiatric patients

A clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients

1. Preparation for development of a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients

1) Development of a program and activities for healthcare staff and patients to reduce physical restraints in psychiatric patients should be considered a hospital policy (Evans et al, 2002, Level of evidence 2).

2) Hospital administrators should play a role in continuously developing the program and activities as well as create confidence and belief that hospital administrators want healthcare staff to be safe from harm caused by psychiatric patients (Foster, 1999, Level of evidence 4).

3) Nurses who are responsible for making the decision to restrain patients should be able to make ethical decisions as physical restraints have negative effects on patients' physical and psychological conditions (Sailas, 2004, Level of evidence 1).

4) A team of healthcare personnel who are responsible for taking care of psychiatric patients in a critical condition should be formally established to reduce chances in physically restraining psychiatric patients. The team members should consist of both healthcare staff and security guards (McCue et al., 2004, Level of evidence 4).

5) An operational system of healthcare personnel who are directly responsible for caring for psychiatric patients should be devised including implementing a continuous support system, conducting meetings to follow up on progress, and giving awards to staff members who avoid using physical restraints (McCue et al., 2004, Level of evidence 4).

6) An assessment scale should be constructed to determine characteristics of patients who should be physically restrained and to devise plans to take care of patients to avoid physical restraints (McCue et al., 2004, Level of evidence 4).

7) A manual or video on correct and safe physical restraints should be made to provide training to healthcare staff (McCue et al., 2004, Level of evidence 4).

8) Persons who provide training to nurses on how to correctly and safely restrain patients should be knowledgeable and highly experienced in physical restraints (Foster, 1999, Level of evidence 4).

2. The program to reduce physical restraints in psychiatric patients should be composed of various activities including training healthcare staff on how to deal with anger and aggressive behavior of patients and how to prevent and assist patients in crisis management. The program to reduce physical restraints in psychiatric patients can be described as follows (McCue et al., 2004, Level of evidence 4):

1) A program for nursing personnel is a short one-day program with the training topic on crisis management with the following contents (Jonikas et al., 2004, Level of evidence 4):

1. Information regarding steps and duration of the crisis
2. Provision of assistance to patients during each stage

3. Communication and difference between reasonable and critical communication and unreasonable and uncritical communication

4. Effective listening

5. Avoidance of use of force

The hospital should organize training and review to nursing staff to reduce physical restraints in psychiatric patients and to prevent patients from harming staff while ensuring physical and psychological safety of restrained patients (Foster, 1999, Level of evidence 4).

2) Program for the patients

A. The program to promote psychiatric patients' ability to manage stress, anger, and crisis should be implemented to disseminate knowledge after the patients have been assessed by nursing staff working at the inpatient wards on tendency to have an aggressive and destructive behavior. This should be carried out as a group activity to exchange experiences with the therapists act as persons who provide additional information and summarization of important information. The program consists of four sessions, each lasting one hour per week, for a total of four weeks. The contents of the program are as follows (McCue et al., 2004, Level of evidence 4):

The first session covers the following contents:

1. Definition of anger
2. Group discussion to determine attitudes toward anger
3. Explanation of aggressive behaviors and resulting outcomes

The second session covers the following contents:

1. Understanding of causes of aggressive behaviors
2. Determination of arousals of anger and responses to anger with search for connection between personal beliefs and misunderstanding about anger
3. Awareness of anger expression in two ways—spontaneous expression of anger and carefully thought of expression of anger

The third session consists of the following contents:

1. Adjustment of experiences with anger using a process to adjust beliefs, perceptions, and attitudes

2. Appropriate communication of anger during hospitalization

3. Communication of anger at home or in community

The fourth session consists of the following contents:

1. Changes of anger circuit

2. Learning of problem solving skills and ways to reduce anger and aggressive behaviors

3. Learning of problem solving skills using reasons and learning of listening skills

4. Learning of different skills to prevent inappropriate expression of anger and stress while maintaining new attitudes and responses to stress situations

B. The program to reduce physical restraints in psychiatric patients through preparation to prevent and assist critical patients on an individual basis consists of the following contents (Jonikas et al., 2004, Level of evidence 4):

1) Collecting data and planning with patients: Nursing staff interview patients to study factors leading to a critical condition and how to deal with a critical condition including situations that caused anxiety and anger to patients in the past. The methods the patients use to calm themselves down should be specified, and data on patients' history of physical restraints and use of psychotic medication should be elicited.

2) Planning with patients to determine ways to deal with a crisis: Ways that can be effectively used to prevent aggression and violence should be determined, and the data should be used to plan for an appropriate way to deal with a critical condition in each individual patient. Written records should be kept so as to be subsequently used as a nursing plan at a later occasion.

3) If patients face problems or difficulties in dealing with a critical condition, or when they start to develop anxiety, the nursing plan designed specifically for those patients should be implemented.

4) If patients are able to deal with their condition at the beginning, healthcare staff should encourage patients to make use of the same plan to manage subsequent critical conditions in the future.

5) If patients follow the plan, but the critical condition becomes more severe, both healthcare team members and psychiatric patients need to review the nursing plan to handle a crisis one more time. New strategies should be devised so as to deal with the crisis as effectively as possible.

6) In cases patients' condition is so severe that physical restraints are necessary, after the patients are released, healthcare team members and patients should discuss with one another about the situation leading to physical restraints. The nursing plan should then be revised and publicized in the nursing wards.

3. As regards assessment of the outcome of physical restraints after the implementation of the nursing program, nurses can carry out the assessment in the following aspects (McCue et al., 2004, Level of evidence 4):

- 1) Rate of physical restraints and number of physical restraints used with patients per month
- 2) Rate of physical violence among patients per month
- 3) Rate of harming healthcare staff per month
- 4) Rate of self-inflicted injury of patients (with no intention to commit a suicide) per month
- 5) Rate of suicide attempts per month

These data should be compiled in the records of the hospital before implementing the program and after implementing the program.

Summary

The present development of a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients based on the research utilization process of Polit & Beck (2004) consisted of four steps as follows: 1) selecting the topic under study using problem-focused triggers and knowledge-focused triggers, 2) assembling and evaluating evidence, 3) assessing implementation potential, and 4) developing, implementing, and evaluating the innovation. First, the problems came from the researcher's professional experience and a new body of knowledge derived from an extensive review of related literature and research. The researcher selected research evidence, both published and unpublished, from Thai and English databases including www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.joannebriggs.edu.au, PubMed,

MEDLINE, OVID, CINAHL, Science Direct, and Blackwell-synergy, as well as reference lists. The keywords used in the search were mental illness, education program, and use of restraints. The result revealed that there were five research studies, which consisted of two systematic reviews and one group pretest-posttest studies. All of the selected research studies were related to reduction of physical restraints in psychiatric patients, and they were analyzed and synthesized as specified in the research utilization process. The recommendations from these studies were then used to develop a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients. The developed guideline was validated by a panel of three experts to confirm content validity and language appropriateness before it was revised and improved according to the experts' comments and suggestions.

Recommendations

The recommendations of the development of a clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients are as follows:

1. Since the evidence used to develop this guideline consisted of only 4 research studies, evidence is needed to make the guideline more comprehensive.
2. The developed clinical nursing practice guideline should be tried out in the psychiatric wards in a pilot study to assess the feasibility of the guideline in a pilot department or ward.
3. Research should be conducted to evaluate the effectiveness of the developed clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients and the findings of the research should be presented to the hospital administration so as to expand the implementation of the developed clinical nursing practice guideline to cover other departments and wards in the hospital.
4. The developed clinical nursing practice guideline to reduce physical restraints in psychiatric patients should be disseminated among healthcare team members and related agencies, both within and outside the organization, through academic conferences and seminars and publications in academic and professional journals, reports, and electronic databases.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รายงานประจำปี 2541. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กษพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา รักดีมงคล. (2538). การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง : เปรียบเทียบการผูกมัดบนเตียงธรรมดาและการผูกมัดบนเตียงหลังการดัดแปลงเป็นแบบเฉพาะการผูกมัด. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2527). การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจตน์ภดา นาคบุตร. (2547). การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ณัฐมณี ผลการณ์รัตน์. (2545). การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2541). การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2536). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2550). รายงานประจำปี 2550. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วัลลภา เขียวแก้ว. (2532). การวิเคราะห์การใช้เครื่องผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สงวน ธานี. (2541). เอกสารประกอบการสอนสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 3. ชลบุรี: ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. (2535). คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช1. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สุรัช สุนันดา. (2545). เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการใช้การผูกมัดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2: [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]
- Betemps, E. J., Somoza, E., & Buncher, R. (1993). Hospital characteristics, Diagnoses, and Staff reasons Associated with use of seclusion and restraint. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(4), 367-371.
- Bursten, B. (1975). Using mechanical restraint for acutely disturbed psychiatric patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 26, 179-184.
- Dewey, K. & Brill, C. (2000). Decrease in restraint use in a study of a geropsychiatric unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38, 14-18.
- Eichelman, B. (1992). Psychiatric mental health nursing with the violent patient. In Gary and Kavanagh, K. C. (Ed.). *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis : J.B. lippincott Company.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L., & FitzGerald, M. (2002). Physical restraint in Acute and residential care. A Systematic Review No. 22. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: A review of literature. *American Journal of Psychiatry*, 151 (11), 1584-1591.
- Forster, P. L., Cavness, C., & Phelps, M. A. (1999). Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 269-271.
- Gail, S. W., & Sandra, S. J. (1995). *Principles and practice of Psychiatric Nursing*. (5th ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Book Inc.

- Holzworth, R. J. & Wills, C. E. (1999). Nurses' judgments regarding seclusion and restraint of Psychiatric patient: A social Judgment analysis. *Research in Nursing and Health*, 22, 89-201.
- Johnson, B. S. (1997). *Adaptation and growth: Psychiatric mental health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (1999). Standard for restraint and seclusion. *Joint Commission Perspectives*, 16, 20-26.
- Jonikas, J.A., Cook, J.A., Rosen, C., Laris, A. & Kim, J. (2004). Brief reports: A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55, 818-820.
- Lee, H. K., Villar, O., Juthani, N., & Bluestone, H. (1989). Characteristics and behavior of patient involved in psychiatric ward incidents. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1295-1297.
- Lehane, M., & Ree, C. (1996). Alternatives to seclusion in psychiatric care. *British of Nursing*, 5, 974-979.
- McCue, R. E., Urcuyo, L., Lili, Y., Tobias, T., & Chambers, M. J. (2004). Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 217-224.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing and healthcare: *A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mion, L. C., Minnick, A., Palmer, R., Marshall, B., Kapp, B. & Lamb, K (1996). Physical restraint use in the hospital setting: unresolved issues and direction for research, *The Millbank Quarterly*, 74(3), 411-433.
- Morrison, E. F. (1993). Toward a better understanding of violence in Psychiatric setting debunking the myths. *Archives of Psychiatric Nursing*. 7,328-355.
- Polit, D. F., & Beck, (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rickelman, B. L. (1997). Aggressive and violent behavior. In Johnson B. S. *Adaptation and growth psychiatric mental health nursing*. (4th ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Roper, J. M., Coutts, A., Sather, J., & Taylor, R. (1985). Restraint and seclusion: a standard and standard care plan. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23, 18-23.
- Sailas, E. & Fenton, M. (2005). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3.
- Sclafani, M. (1980). Violence and Behavior Control. *Journal of Psychosocial Nursing*, 24(12), 8-12.
- Stetler, C. B., Brunell, M., Giuliano, K. K., Morise, D., Princ, L., & Newell-Stoke, V. (1994). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration*, 28(7/8), 45-43.
- Stuart G. W., Sundeen S. J. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 5th ed. The C.V. Mosby Book Inc.
- Tardiff, K., Marzuk, P., Leon, A., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence inpatient admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 154(1) 88-93.
- Telintelo, S., Kuhlman, T., & Winget, C. (1983). A study of the use of restraint in psychiatric emergency room. *Hospital and Community Psychiatry*, 3(2), 164-165.
- Terpstra, T. L., Pettee, E. J. & Hunter, M. (2201). Nursing staff's attitudes toward seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(5), 21-28.
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., et al. (2001). The Iowa Model of Evidence Based to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช
2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม: ฉัตรชัย มิ่งส่วน ยาใจ สิทธิมงคล ประภา ยุทธไตร. (2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช. สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

กลุ่มโรค / กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช ลดอัตราการถูกทำร้ายขอเจ้าหน้าที่ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกคอตาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยจิตเวช

ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ: ส่งเสริมให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช

4. วิธีดำเนินการ

4.1 วิธีการที่ใช้ในการค้นหา และคัดเลือกหลักฐาน

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (CD-ROM) กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (www.dmh.go.th) และฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ OVID, CINAHL, PubMed, Science Direct, Blackwell - synergy และจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov, www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au สืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) และ Hand search

4.2 รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐาน

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของ “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig, 2002) มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มประชากร	: ผู้ป่วยจิตเวช
กิจกรรมการพยาบาล	: การให้ความรู้วิธีการ / กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมทำลาย
ผลลัพธ์	: อัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

ในการสืบค้น ผู้ศึกษาได้กำหนดช่วงเวลาของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง 25 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980- 2005 ผลการสืบค้นผลงานวิจัย Full texts จำนวน 6 เรื่อง นำมาคัดเลือกเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยที่คัดออกคือ “Decrease in restraint use in a study of a geropsychiatric unit” เนื่องจากไม่มีกลุ่มตัวอย่าง และผลงานการวิจัยไม่ชัดเจนตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.3 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence)

ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็ง (Stength of evidence) ตามระบบจำแนกของ Melnyk & Fineout-Overholt, (2005).

การแบ่งระดับของหลักฐาน มีดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 2: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับ 4: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

4.4 วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หลักฐาน

การวิเคราะห์หลักฐาน ใช้วิธีการทบทวนหลักฐานงานวิจัยโดยพิจารณาคุณภาพงานทั้งหมด 5 เรื่อง พบว่างานวิจัยอยู่ในระดับน่าเชื่อถือดังนี้ งานวิจัยที่อยู่ในระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 3 เรื่อง

การสกัดงานวิจัย ใช้วิธีสกัดวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัย ลงตารางโดยแยกประเด็นหัวข้อตั้งแต่ วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มประชากร สถานที่ในการศึกษาวิจัย เครื่องมือในการทำวิจัย ผลการวิจัย โดยใช้เกณฑ์ Utilization criteria เปรียบเทียบความเป็นไปได้ในการนำผลงานการวิจัยไปสู่การปฏิบัติจริงในคลินิก แล้วนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน และสกัดเนื้อหาสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด สรุปเป็นประเด็น ตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

4.5 วิธีการตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทาง (จิตแพทย์) ที่รักษาดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน
3. พยาบาลที่ได้วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน

5. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

5.1 การเตรียมการในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดการผูกมัด

1) การพัฒนาโปรแกรม / กิจกรรมสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นนโยบายของโรงพยาบาล (Evans et al, 2002, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2)

2) ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำโปรแกรม และกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้บริหารต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

3) พยาบาลที่จะเป็นผู้ตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้เนื่องจากการผูกมัดจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย (Sailas, 2005, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1)

4) ควรมีการจัดตั้งทีมเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตอย่างเป็นทางการจะช่วยลดโอกาสการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชโดยเจ้าหน้าที่ในทีมประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และรพก. (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

5) ควรมีการจัดระบบการทำงานของทีมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง เช่น จัดระบบการสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง จัดการประชุมทีมเพื่อติดตามความก้าวหน้า และมีระบบการให้รางวัล เพื่อจูงใจให้เจ้าหน้าที่หลีกเลี่ยงการใช้การผูกมัด (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

6) ควรพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะใดบ้างที่มีแนวโน้มที่จะได้รับการผูกมัด และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

7) การจัดทำคู่มือ หรือ Video เกี่ยวกับวิธีการผูกมัดที่ถูกต้องและปลอดภัย การใช้ห้องแยก เพื่อเป็นสื่อประกอบการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

8) ผู้ที่ทำหน้าที่อบรมพยาบาลเพื่อรู้จักการผูกมัดที่ถูกต้องและปลอดภัย ควรเป็นผู้ที่มีความรู้/ประสบการณ์ในการผูกมัดเป็นอย่างดี (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

5.2 การทำโปรแกรมที่จะใช้ในการลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช จะต้องมียุทธศาสตร์หลายกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกรอบการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ / พฤติกรรมก้าวร้าว / การป้องกันและการช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤต การพัฒนาโปรแกรมการลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช และมีรายละเอียด ดังนี้ (McCue et al, 2004, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1) โปรแกรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จัดเป็นโปรแกรมฝึกอบรมระยะสั้น 1 วัน โดยมีหัวข้อของการฝึกอบรมและมีการฝึกเทคนิคการจัดการกับภาวะวิกฤต ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ (Jonikas et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1. ข้อมูลที่เกี่ยวกับขั้นตอน / ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤติ
2. การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละระยะ
3. การสื่อสาร ความแตกต่างระหว่างการสื่อสารที่ใช้เหตุผลกับแบบไม่ใช้วิจารณญาณ
4. การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ
5. วิธีหลีกเลี่ยงการใช้กำลังบังคับ

ทั้งนี้หน่วยงานควรจัดให้มีการอบรมหรือทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันการถูกผู้ป่วยทำร้ายเป็นประจำทุกปี รวมทั้งให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Forster, 1999, ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

2) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วย

ก. โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชจัดการกับ ความโกรธ/ภาวะวิกฤติ รูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรทำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยในเรื่องแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และทำลาย ควรเป็นการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผู้บำบัดมีหน้าที่เชื่อมโยงรวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมและสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ จำนวนครั้งของโปรแกรมมี 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ โดยจัดครั้งละ 1 ชั่วโมง มีเนื้อหาหลัก ดังนี้ (McCue et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

ครั้งที่ 1 มีเนื้อหาหลัก ดังนี้

1. การอธิบายความหมายของความโกรธ
2. การจัดให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกัน เพื่อที่จะทราบทัศนคติที่มีต่อความโกรธ
3. การอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวและผลที่ตามมาหลังจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ครั้งที่ 2 มีเนื้อหาหลัก ดังนี้

1. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ที่แสดงออกมาว่ามีสาเหตุมาจากอะไร
2. ระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความโกรธการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อของบุคคลและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความโกรธ
3. การตระหนักรู้การแสดงความโกรธใน 2 รูปแบบ ระหว่างการแสดงความรู้สึกโกรธโดยอัตโนมัติกับการคิดใคร่ครวญก่อนที่จะแสดงความโกรธ

ครั้งที่ 3 มีเนื้อหาหลัก ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนประสบการณ์การเกี่ยวกับความโกรธ โดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การรับรู้และทัศนคติ

2. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่เหมาะสมในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย

3. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่บ้านหรือที่ชุมชน

ครั้งที่ 4 มีเนื้อหาหลัก ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงวงจรความโกรธ

2. การเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหาและกลวิธีในการลดความรู้สึกโกรธและลดพฤติกรรมก้าวร้าว

3. การเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล เรียนรู้ทักษะในการฟัง

4. การเรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการแสดงความรู้สึกโกรธ/ความเครียดที่ไม่เหมาะสมซ้ำอีกโดยการคงไว้ซึ่งทัศนคติใหม่และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด

ข. โปรแกรมการลดการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชโดยการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตรายบุคคล ประกอบด้วยเนื้อหาสาระดังนี้ (Jonikas et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย: เจ้าหน้าที่พยาบาลสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตและวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤต รวมทั้งสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกระวนกระวายใจและความโกรธในช่วงที่ผ่านมา และระบุวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อให้ตนเองมีอาการสงบลง รวมทั้งการสัมภาษณ์ประวัติการถูกจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยและวิธีการรักษาด้วยยาทางจิต

2) การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยถึงวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤตศึกษาว่าวิธีการใดบ้างสามารถป้องกันความรุนแรงและวิธีการใดมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการจัดการภาวะวิกฤตที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้เป็นแบบแผนการพยาบาลและให้ผู้ป่วยเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไป

3) หากผู้ป่วยรายใดประสบปัญหา/ความยุ่งยากในการจัดการกับภาวะวิกฤตหรือเริ่มมีอาการกระวนกระวาย นำแผนการพยาบาลที่ทำไว้สำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ มาใช้

4) หากผู้ป่วยรายใดสามารถจัดการกับอาการได้ตั้งแต่แรก เจ้าหน้าที่ก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้แผนการจัดการกับภาวะวิกฤตนั้นต่อไปในอนาคต

5) หากผู้ป่วยปฏิบัติตามแบบแผนแล้วภาวะวิกฤตมีความรุนแรงขึ้น ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจิตเวชต้องทบทวนแผนการพยาบาลในการจัดการกับภาวะวิกฤตอีกครั้ง และหากกลยุทธ์ใหม่เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

6) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องถูกผูกมัด หลังจากปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต้องพูดคุยกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ถูกผูกมัด และวางแผนการพยาบาลร่วมกันใหม่นั้นก็ต้องเอามานำเสนอในหอผู้ป่วย เพื่อให้ทราบทั่วกัน

5.3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินโปรแกรมเพื่อลดอัตราการใช้การผูกมัด พยาบาลสามารถประเมินผลลัพธ์ในเรื่องดังต่อไปนี้ (McCue et al, 2004, ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4)

- 1) อัตราการใช้การผูกมัด จำนวนครั้งของ การใช้การผูกมัดผู้ป่วยต่อเดือน
- 2) อัตราการทำร้ายกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยต่อเดือน
- 3) อัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่ต่อเดือน
- 4) อัตราการพยายามทำร้ายตนเองของผู้ป่วย (ไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย) ต่อเดือน
- 5) อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่อเดือน

ทั้งนี้ข้อมูลเหล่านี้ควรถูกรวบรวมจากบันทึกของโรงพยาบาลก่อนเริ่มโปรแกรม และเก็บรวบรวมอีก หลังโปรแกรม

6. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

Author (s)	Title	Level of evidence
Evans, D., Wood, J., Lambert, L., & FitzGerald, M. (2002)	Physical restraint in acute and residential care	Level 2
Sailas, E. & Fenton, M. (2005)	Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses	Level 1
Forster, P.L., Cavness, C., Phelps, M.A. (1999)	Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital	Level 4
Jonikas, J. A., Cook, J. A., rosen, C., Laris, A. & Kim, J. (2004)	Brief reports : A program to reduce use of program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities	Level 4
McCue, R. E., Urcuyo, L., Lili, Y., Tobias, T., Chambers, M. J. (2004)	Reducing restraint use in a Public psychiatric inpatient service	Level 4

7. ประโยชน์ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

1. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

1.1 พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลลดการผูกมัด และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.3 ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้รับการผูกมัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย

2. อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช ได้จากการนำงานวิจัยที่ประเมินคุณภาพแล้วจากงานวิจัยทุกเรื่องไม่พบผลเสียหยาบแก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัด แต่พยาบาลเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชอาจต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และการติดตามการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ชี้แจงและบอกถึงปัญหาทางคลินิกกับคณะผู้บริหาร โรงพยาบาล เพื่อเห็นชอบและอนุมัติให้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชแก่ผู้บริหารหน่วยงาน และทีมงานการรักษาพยาบาล

3. เตรียมความพร้อมของผู้ที่จะดำเนินการกลุ่ม โดยการจัดอบรมแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช

4. ประเมินผลแนวปฏิบัติดังกล่าว ครอบคลุม เกณฑ์การประเมินผล สภาพแวดล้อม บุคลากร ค่าใช้จ่าย แล้วนำผลการประเมินมาพัฒนาใช้เพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลลดอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช ให้เหมาะสมกับการนำไปปรับใช้จริงในหน่วยงานต่อไป

5. นำเสนอผลแนวปฏิบัติดังกล่าวในงานวิชาการและขยายต่อไปยังหน่วยงานข้างเคียง เพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อื่นๆ ขึ้น ไป

9. ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

วัน/เดือน/ปีที่สร้าง:

ตุลาคม 2551

ผู้สร้าง:

นายฉัตรชัย มิ่งส่วน

อาจารย์ที่ปรึกษา:

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ:

1. แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย นายแพทย์ 9 โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. อาจารย์ ดร.วรรณภา สุทธิอำนาจกุล อาจารย์ประจำภาควิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว อนงค์นุช ศาโตรก พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา

แหล่งเงินทุน:

งบประมาณส่วนตัว

เอกสารอ้างอิง:

- Evans, D., Wood, J., Lambert, L., & FitzGerald, M. (2002). Physical restraint in Acute and residential care. A Systematic Review No. 22. *The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.*
- Forster, P. L., Cavness, C., Phelps, M. A. (1999). Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*.5, 269-271.
- Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A. & Kim, J. (2004). Brief reports: A program to reduce use of program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55, 818-820.
- McCue, R.. E., Urcuyo, L., Lili, Y., Tobias, T., Chambers, M. J. (2004). Reducing restraint use in a Public psychiatric inpatient service. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 31(2), 217-224.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins.*
- Polit, D. F., & Beck, (2004). Nursing research: Principles and methods. (4th ed.) Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins.*
- Sailas, E. & Fenton, M. (2005). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3.

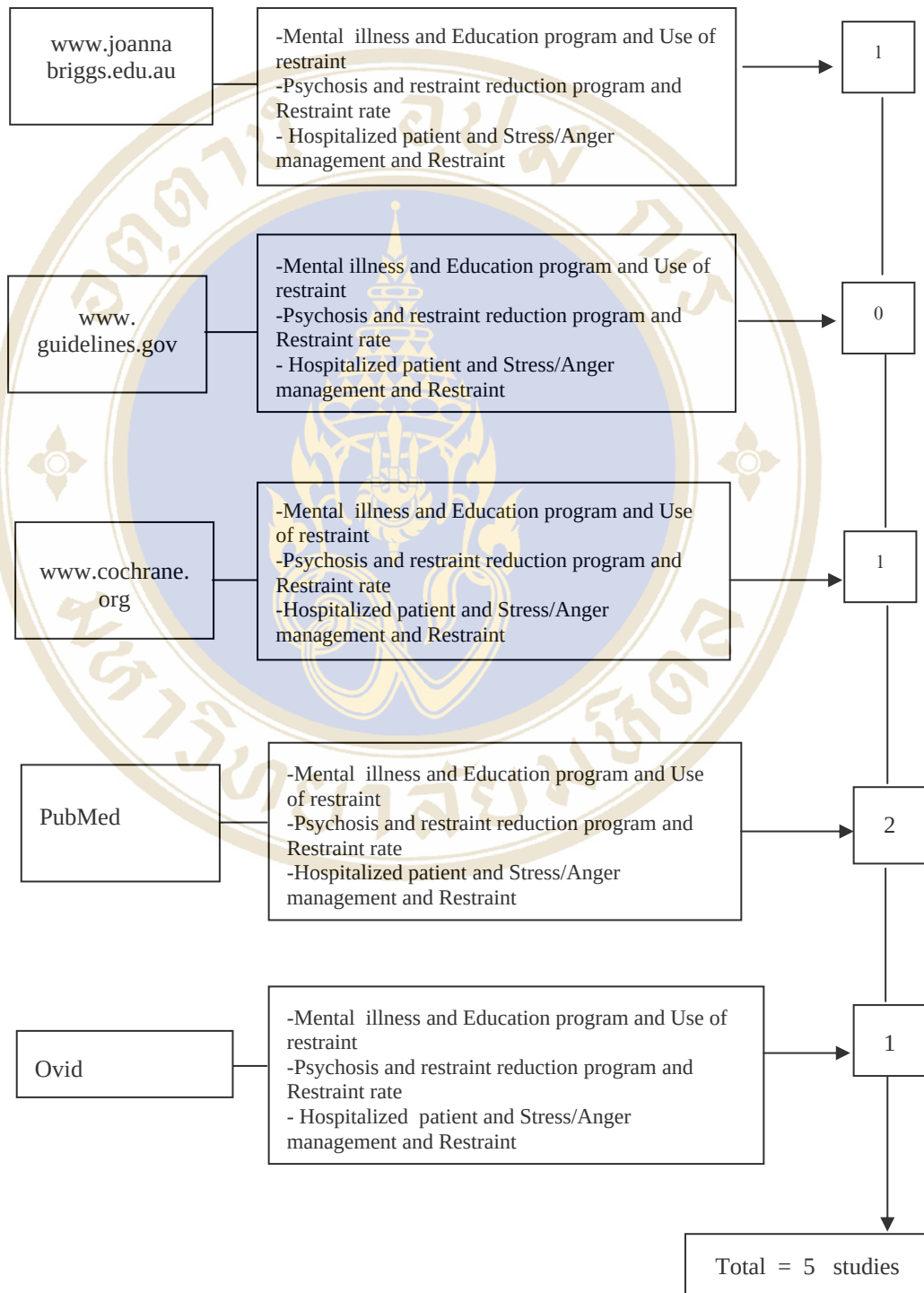
ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนทั้งหมด 3 คน ดังรายนามต่อไปนี้

1. แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย พบ. วว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป นายแพทย์ 9 โรงพยาบาล ศรีธัญญา
2. อาจารย์ ดร.วรรณภา สุทธิอำนาจกุล อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว อนงค์นุช ศาโสรัก พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) วุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาคผนวก ค ผังการสืบค้นงานวิจัย



ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่องงานวิจัย Seclusion and Restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review)

ชื่อผู้แต่ง Sailas,E. & Fenton,M.

แหล่งที่พิมพ์ The Cochrane Library, Issue 3, 2005.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อ 1) ประเมินค่าของผลการใช้ห้องแยก/การผูกมัด โดยเปรียบเทียบกับวิธีอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง 2) ประเมินค่าของการป้องกันด้วยวิธีการใช้ห้องแยก/การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง
กลุ่มตัวอย่าง	รายงานการวิจัยแบบ Randomized control trial จำนวน 35 เรื่อง
Setting ของงานวิจัย	N/A
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Systematic Review งานวิจัยชนิด RCT / ระดับ 1
ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(Systematic Review)	จากการค้นหา 2,155 เรื่องและได้ฉบับเต็มมา 35 เรื่องพบว่า ไม่มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยเลย ดังนั้นจึงไม่สามารถสังเคราะห์ผลงานวิจัยได้แต่พบว่า งานวิจัยจำนวน 24 เรื่องนั้นส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการผูกมัดในผู้สูงอายุ มีอาการสับสน และเป็นการป้องกันการหลงหายหรือการหกล้ม ผู้วิจัยสรุปว่าหากต้องใช้ในการแยกและการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชต้องอาศัยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้ใช้อย่างมาก ทั้งนี้เพราะผลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า การใช้วิธีการดังกล่าว ก่อให้เกิดผลเสียทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชและเจ้าหน้าที่
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) Transferability - ทบทวนวรรณกรรมนี้ ศึกษาจากงานวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรโรงพยาบาลศรีธัญญาให้การดูแลจึงมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลศรีธัญญาสามารถนำความรู้นี้มาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ 2) Feasibility - การทบทวนวรรณกรรมนี้ ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิธีใดที่เหมาะสมจึงไม่สามารถนำมาใช้ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเสนอว่าพยาบาลหรือนักวิชาการที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมก่อนทำการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช 3. Cost-benefit ratio - การทบทวนวรรณกรรมนี้ยังนำผลการวิจัยมาใช้ไม่ได้ ในงานวิจัยไม่ชี้ชัดว่าผู้ป่วยหรือโปรแกรมนี้สามารถป้องกันหรือลดการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช จึงไม่สามารถนำมาประเมินเป็น Cost-benefit ratio ได้
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) ควรมีการศึกษาวิจัยที่ออกแบบโดยใช้ RCT ในการป้องกันการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่ออกแบบงานวิจัยน่าเชื่อถือในขณะนี้ 2) การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชไม่ว่าจะกรณีใดๆ พยาบาลควรใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมก่อนที่จะทำการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชแต่ละราย

ชื่อเรื่องงานวิจัย Physical restraint in acute and residential care facilities.

ชื่อผู้แต่ง Evans, D., Wood, J., Lambert, L., & FitzGerald, M.

แหล่งที่พิมพ์ A Systematic Review No. 22. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ตอนที่ 1) เพื่อทบทวนงานวิจัยการใช้การผูกมัดร่างกายในผู้ป่วยผูกมัด acute and residential care facilities ตอนที่ 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการลดการใช้การผูกมัด
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยที่ศึกษา การผูกมัดร่างกายในผู้ป่วยผูกมัด acute and residential care facilities
Setting ของงานวิจัย	โรงพยาบาลและสถานพักฟื้น
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	ตอนที่ 1) Systematic review ที่รวมงานวิจัยที่เป็น Descriptive study ตอนที่ 2) Systematic review ที่รวมงานวิจัยที่เป็น Descriptive study และ RCT ระดับ 2
ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	ส่วนที่ 1 ได้ทบทวนงานวิจัยที่เป็น Observational study จำนวน 9 เรื่อง Descriptive study จำนวน 8 เรื่อง ส่วนที่ 2 ได้ทบทวนงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trial 1 เรื่อง Controlled Trial 1 เรื่อง และ Before and after study 11 เรื่อง
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. Transferability - การทบทวนวรรณกรรมนี้ ศึกษาการใช้การผูกมัดในโรงพยาบาลและสถานพักฟื้นจึงมีความสอดคล้องกับโรงพยาบาลศรีธัญญาสามารถ นำความรู้นี้มาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	2. Feasibility - มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ต้องทำความเข้าใจในเครื่องมือที่ใช้การทบทวนวรรณกรรมนี้พยาบาลสามารถมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีอยุธยาที่ได้รับการผูกมัดได้ 3. Cost-benefit ratio - เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัดลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ	ตอนที่ 1 เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ มีข้อเสนอแนะดังนี้ 1. ต้องแน่ใจว่าการใช้อุปกรณ์การผูกมัดได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามที่ผู้ผลิตได้แนะนำไว้ 2. มีการสังเกตผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอขณะที่ถูกผูกมัด 3. จัดให้มีการปฐมพยาบาลและการสอนคณะปฏิบัติงานเพื่อให้บุคลากรใช้อุปกรณ์การผูกมัดได้ถูกต้อง ข้อเสนอแนะในการจำกัดการผูกมัดผู้ป่วย มีดังนี้ 1. โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดและสถานพักฟื้นควรมีโปรแกรม/กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการลดการใช้อุปกรณ์การผูกมัด 2. โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดและสถานพักฟื้นควรมีการระบุให้ชัดเจนว่ามีอุปกรณ์การปฏิบัติการและกิจกรรมใดบ้างที่ช่วยลดความจำเป็นในการผูกมัด 3. โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดและสถานพักฟื้นควรมีการพัฒนากลยุทธ์ทางเลือกในการจัดการกับประชากร/ผู้รับบริการที่มักถูกผูกมัด ผู้รับบริการเหล่านี้จะรวมถึงผู้ที่มีระดับสติปัญญาบกพร่องเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ถูกพันหนามการด้วยอุปกรณ์การแพทย์หรือมีการฉีกรุนกระสับกระสายรุนแรง หรือมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว

หัวข้อ	รายละเอียด
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ (ต่อ)	ตอนที่ 2 1. ข้อเสนอแนะในการใช้อุปกรณ์การผูกยึดเกี่ยวกับการผูกมัดร่วมกับการให้การปรึกษาหรือการสอนเกี่ยวกับการผูกยึดอย่างเดี๋ยวลดการใช้อุปกรณ์การผูกยึดในสถานพักฟื้น (Level 2) เพื่อลดความหลากหลายที่มีอยู่ในการปฏิบัติทางคลินิก 2. องค์กรและผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรมีมาตรฐานการปฏิบัติเกี่ยวกับการผูกยึดมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ 3. ควรใช้การผูกยึดให้น้อยที่สุดและควรมีการผูกยึดต่อเมื่อ เห็นว่ามีผลดีมากกว่าอันตราย 4. ถ้าจำเป็นต้องมีการผูกยึดควรทำในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และมั่นใจว่าบุคคลที่ถูกผูกยึดจะปลอดภัยและการผูกยึดจะช่วยให้การรักษาเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น 5. เมื่อเริ่มทำการผูกยึดจะต้องมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

ชื่อเรื่องงานวิจัย Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service.

ชื่อผู้แต่ง McCue, R., E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T., Chambers, M. J.

แหล่งที่พิมพ์ The Journal of Behavioral Health Services & Research. 31(2), 217-224, 2004.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินโปรแกรมการลดการใช้การผูกมัดต่ออัตราการผูกมัด การทำร้ายกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย การทำร้ายเจ้าหน้าที่ การพยายามทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค Schizophrenia, Schizoaffective disorder, Unspecified psychosis, Depressive disorder, Bipolar disorder, Drug-induced disorder, Impulsive control disorder, และอื่นๆ จำนวน 6,517 คน ก่อนทำโปรแกรม และ จำนวน 4,236 คน ระยะติดตามผล
Setting ของงานวิจัย	โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 413 เตียง ที่ให้บริการผู้ป่วยที่อาศัยในเมืองที่มีฐานะยากจน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	One group pretest-posttest studies / ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	1) อัตราการใช้การผูกมัด ใช้จำนวนครั้งของ การใช้การผูกมัดผู้ป่วยต่อเดือน และการคำนวณการผูกมัดในแต่ละเดือนคิดจากจำนวนการผูกมัดต่อผู้ป่วย 1,000 คน และจำนวนวันที่ถูกผูกมัด 2) อัตราการทำร้ายกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย การใช้การผูกมัดผู้ป่วยต่อเดือน และการคำนวณการผูกมัดในแต่ละเดือนคิดจากจำนวนการผูกมัดต่อผู้ป่วย 1,000 คน และจำนวนวันที่ถูกผูกมัด 3) อัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่ การใช้การผูกมัดผู้ป่วยต่อเดือน และการคำนวณการผูกมัดในแต่ละเดือนคิดจากจำนวนการผูกมัดต่อผู้ป่วย 1,000 คน และ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลกาวิจัย (ต่อ)	4) จำนวนวันที่ถูกผูกยึด อัตราการพยายามทำร้ายตนเองของผู้ป่วย (ไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย) การใช้การผูกยึดผู้ป่วยต่อเดือน และการคำนวณการผูกยึดในแต่ละเดือนคิดจากจำนวนการผูกยึดต่อผู้ป่วย 1,000 คน และจำนวนวันที่ถูกผูกยึด 5) อัตราการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยการใช้การผูกยึดผู้ป่วยต่อเดือน และการคำนวณการผูกยึดในแต่ละเดือนคิดจากจำนวนการผูกยึดต่อผู้ป่วย 1,000 คน และจำนวนวันที่ถูกผูกยึด * ข้อมูลเหล่านี้จะถูกรวบรวมจากบันทึกของโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปีก่อนเริ่มโปรแกรม และเก็บรวบรวมอีก 2 ปีหลังโปรแกรม
โปรแกรม (Intervention)	โปรแกรมการลดการใช้การผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยกิจกรรม ทั้งหมด 6 กิจกรรม 1) การประเมินผู้ป่วยที่มีแนวโน้มถูกผูกยึด โดยการปรึกษารื้อกันในห้องเพื่อจะทบทวน/ปรับปรุงแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยให้เพิ่มการประเมินแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งและทำร้ายของผู้ป่วยโดยเรื่องการมีแบบประเมินและนำไปใช้จะทำให้ทีมสามารถพัฒนาแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสม 2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด/ความโกรธจัดเป็นกลุ่ม โดยจัดเป็นโปรแกรมเพิ่มเติมจากเดิมสำหรับผู้ป่วยใน โปรแกรมนี้มี 4 Session/ สัปดาห์ Session 1 ชั่วโมง โดยแต่ละ Session จะต้องให้มีช่วงเวลาที่สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
โปรแกรม (Intervention) (ต่อ)	Session ที่ 1 1. การอธิบายความหมายของความโกรธ 2. การจัดให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกัน เพื่อที่จะทราบทัศนคติที่มีต่อความโกรธ 3. การอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวและผลที่ตามมาหลังจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว Session ที่ 2 1. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกว่ามีสาเหตุมาจากอะไร 2. ระบุถึงกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความโกรธ 3. การค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อของบุคคลและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความโกรธ 4. การตระหนักรู้การแสดงความโกรธใน 2 รูปแบบระหว่างการแสดงความรู้สึกโกรธโดยอัตโนมัติกับการคิดใคร่ครวญก่อนที่จะแสดงความโกรธ Session ที่ 3 1. การปรับเปลี่ยนประสบการณ์การเกี่ยวกับความโกรธ โดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อการรับรู้ และทัศนคติ 2. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่เหมาะสมในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย 3. การสื่อสารความรู้สึกโกรธที่บ้านหรือที่ชุมชน Session ที่ 4 1. การเปลี่ยนแปลงวงจรความโกรธ 2. การเรียนทักษะในการแก้ปัญหาและกลวิธีในการลดความรู้สึกโกรธและลดพฤติกรรมก้าวร้าว 3. การเรียนทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล 4. เรียนรู้ทักษะในการฟัง

หัวข้อ	รายละเอียด
โปรแกรม (Intervention) (ต่อ)	5. เรียนทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการแสดงความโกรธ/ความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซ้ำ อีกโดยการคงไว้ซึ่งทัศนคติใหม่และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด 3) การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ ที่ทำงานในหอผู้ป่วยใน โดยจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับภาวะวิกฤติ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เลือกใช้วิธีการจัดการกับภาวะวิกฤติเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งนอกเหนือจากการผูกมัด การใช้โปรแกรมนี้อาจจะใช้วิธีดูวิดีโอและเทป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน/ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤติ การให้การช่วยเหลือในแต่ละระยะ การพยาบาล การสื่อสารความแตกต่างระหว่างการสื่อสารที่ใช้เหตุผลกับแบบไม่ใช้วิจารณญาณ อุปสรรคการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และวิธีหลีกเลี่ยง การพยายามใช้อำนาจ 4) พัฒนาทีมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ให้เรียกว่า “ทีมวิกฤติ” ในบางสถานการณ์อาจจำเป็นต้องขอให้เจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเป็นทีมได้แก่มีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมทำหน้าที่จัดการกับภาวะวิกฤติ เจ้าหน้าที่ในทีมที่เป็นบุคลากรทางการพยาบาล 3 คน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 2 คน ให้มีรหัสประจำของโรงพยาบาล ถ้าหากว่ามีความจำเป็นที่ต้องเรียกทีมนี้หน้าที่สำคัญของทีมนี้ก็คือการส่งเสริมแสดงกำลังใจอำนาจ และการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ในทีมทั้งหมดต้องผ่านการอบรมในข้อ 3 แล้ว ให้มีการหมุนเวียนของทีมงานเพราะต้องเรียกได้ 24 ชั่วโมง/วัน 7 วัน เพื่อผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการผูกมัด 5) มีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ว่ามีการใช้การผูกมัดอย่างไรบ้างในแต่ละวัน จะต้องนำเรื่องการผูกมัดมาพูดถึงและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการใช้การผูกมัด และศึกษาหาวิธีการหลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย และในวันต่อมาหัวหน้าทีมสอบถามเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด และวิธีการป้องกันการผูกมัดในผู้ป่วยรายนี้ในครั้งต่อไป ทั้งนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
โปรแกรม (Intervention) (ต่อ)	เพื่อที่จะทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญเอาใจใส่ร่วมมือเพื่อที่จะ หาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป 6. จัดระบบการให้รางวัล สำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจจะทำ โดยให้รางวัลแต่ละเดือน/ประกาศให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ สร้างแรงจูงใจในการลดการใช้การผูกมัด คือในแต่ละเดือนมีการประกาศให้ทราบว่าดีที่ดูแลผู้ป่วยที่มีการผูกมัดผู้ป่วยน้อยที่สุด และมีการให้รางวัล วิธีนี้จะเป็นกระบวนการช่วยให้เจ้าหน้าที่มีจิตสำนึกลดการผูกมัดในผู้ป่วย
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาก่อนที่จะให้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 ปี และหลังจากการให้โปรแกรม 2 ปี มีดังนี้ 1) อัตราการใช้การผูกมัดผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .0001 2) อัตราการทำร้ายกันของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) อัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอัตรานี้จะสูงขึ้นอย่างมากในระยะ 6 เดือน หลังมีการใช้โปรแกรมนี้ แต่ถ้าไม่นำอัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่ในช่วง 6 เดือนนี้มาวิเคราะห์พบว่า อัตราการทำร้ายเจ้าหน้าที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) อัตราการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยก่อนและหลังโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5) อัตราการทำร้ายตนเองหลังการใช้โปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	1) Transferability - งานวิจัยมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลศรีธัญญาที่จะนำมาใช้ เพราะเป็นการศึกษาในผู้ป่วย และเป็นผู้ป่วยจิตเวชหลายโรค โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลของรัฐ การลดการใช้การผูกมัด จึงเป็นโครงการของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่อย่างเหมาะสม - งานวิจัยมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งมีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม และอาการทางจิตเวชที่คล้ายคลึงกัน 2) Feasibility - พยาบาลสามารถใช้โปรแกรมดังกล่าวได้ - อาจต้องพัฒนาวิธีโอการจัดการกับผู้ป่วยวิกฤติ - ในหน่วยงานมีความพร้อมด้านสถานที่ อุปกรณ์ในการทำกลุ่ม แต่ยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการทำกลุ่มที่ชำนาญ - ในการทำโปรแกรมพยาบาลสามารถทำงานให้สอดคล้องตามงานประจำที่มีอยู่แล้วได้ - ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร โรงพยาบาล ในเรื่องการใช้การผูกมัดให้จำเป็นที่สุดและลดลงเท่าที่จะทำได้ 3) Cost-benefit ratio - กิจกรรมในโปรแกรมนี้ไม่ทำให้เกิดอันตรายใดๆ กับบุคลากร และผู้ป่วยจิตเวช แต่จะได้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวช และไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการทำกลุ่มเพิ่มขึ้นและพยาบาลสามารถทำงานสอดคล้องกับงานประจำได้เลย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) โปรแกรมการผูกมัดสามารถลดอัตราการผูกมัดและอัตราการพยายามทำร้ายตนเองของผู้ป่วย (ไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย) ได้ 2) การลดการผูกมัดต้องอาศัยกิจกรรมที่เป็นความร่วมมือจากบุคลากรที่เป็นสหสาขาและรวมทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหาร และเป็นหนึ่งในโครงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 3) โปรแกรมที่จะใช้ในการลดอัตราการผูกมัด จะต้องใช้กิจกรรมหลากหลายกิจกรรม ซึ่งจะประกอบไปด้วยการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ การสอนผู้ป่วยโดยตรง เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว/ความโกรธ การประชุมทีม เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโปรแกรมและอัตราการผูกมัดในหอผู้ป่วยเป็นระยะๆ และการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เจ้าหน้าที่เลือกใช้วิธีอื่น ซึ่งอาจเป็นรางวัลและให้ใบประกาศ 4) ในการพัฒนาโปรแกรมการผูกมัดควรมีแบบประเมินการผูกมัด ที่ประเมินว่าผู้ป่วยลักษณะใดมีแนวโน้มที่จำเป็นต้องได้รับการผูกมัด 5) ความสำเร็จของการลดการผูกมัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างเป็นรูปธรรม

ชื่อเรื่องงานวิจัย Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital.

ชื่อผู้แต่ง Forster, P.L., Cavness, C., Phelps, M. A.

แหล่งที่พิมพ์ Archives of Psychiatric Nursing. 5, 269-271, 1999.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของโครงการอบรมบุคลากร “Prevention of Assaultive Behavior” ต่ออัตราการใช้ห้องแยกและการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช
กลุ่มตัวอย่าง	บุคลากรที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช
Setting ของงานวิจัย	โรงพยาบาลจิตเวชที่อยู่ในเขตเมือง ขนาด 83 เตียง
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	One group pretest-posttest studies/ ระดับ 4
เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย	แบบประเมินอัตราการใช้ห้องแยกและการผูกมัด แบ่งเป็นช่วง 12 เดือนก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ 1.1 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก 1.2 จำนวนครั้งและระยะเวลาของการผูกมัดผู้ป่วย 1.3 จำนวนครั้งของการบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ เมื่อเข้าไปจับผู้ป่วยให้เข้าห้องแยกและผูกมัดผู้ป่วย
โปรแกรม (Intervention)	กระบวนการพัฒนาโปรแกรม “Prevention of Assaultive Behavior” 1) กระบวนการพัฒนาโปรแกรม - คณะกรรมการจากสาขาวิชาชีพ (ได้แก่ พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้บริหาร) ประชุมหารือเพื่อกำหนดนโยบายการใช้การผูกมัดในโรงพยาบาล - จัดโครงการอบรมบุคลากร - ประเมินประสิทธิภาพ ของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

หัวข้อ	รายละเอียด
โปรแกรม (Intervention) (ต่อ)	มีการตั้งคณะกรรมการ “การจัดการกับพฤติกรรมทำร้ายของผู้ป่วย” ขึ้น เพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ห้องแยกและการผูกมัดผู้ป่วยคณะกรรมการดังกล่าวได้จัดการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ ทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นเวลา 1 วันเต็ม หลักสูตรที่ว่า “การป้องกันพฤติกรรมทำร้ายของผู้ป่วย” นอกจากการอบรม 1 วันแล้ว เจ้าหน้าที่พยาบาล นักอาชีวบำบัด จะได้รับการ อบรมเพิ่มเติมอีก ประมาณ 2 ชั่วโมง/ปี เพื่อทบทวนความรู้ ซึ่งเป็นภาคบังคับในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 2) เนื้อหาของโปรแกรม การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในเรื่องการป้องกันพฤติกรรมการทำร้ายร่างกาย เป็นหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ดังนี้ 1) เพื่อเพิ่มความตระหนักกับบุคลากรเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำลายและอยู่ไม่นิ่ง 2) เพื่อเพิ่มพูนความรู้และสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือที่มีความรุนแรงน้อย เช่น การใช้ห้องแยกโดยไม่ต้องผูกมัด 3) เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีวิธีการที่ปลอดภัยสำหรับจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง หลังจากการอบรมโปรแกรมการฝึกเจ้าหน้าที่ จะต้องมีการพบปะกันในหอผู้ป่วยจะต้องมีการพูดคุยกันในหน่วยงานเกี่ยวกับการผูกมัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อความก้าวหน้าของการใช้การผูกมัดและการใช้ห้องแยกในหอผู้ป่วยของตนเอง เพื่อที่จะประเมินผล 12 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
โปรแกรม (Intervention) (ต่อ)	องค์ประกอบของโปรแกรม - วิทยาการมีศิลปะอย่างสูงในการพูด มีประสบการณ์หลายปีในการสอนเรื่องนี้ - การฝึกปฏิบัติจริง เช่น การให้บุคลากรมีประสบการณ์ของการผูกมัดด้วยตนเอง การฝึกศิลปะป้องกันตัว การใช้วิธีกักบริเวณ การแสดงบทบาทสมมติ - การอภิปรายในกลุ่ม เพื่อหาแนวทางในการลดการผูกมัดที่ไม่เหมาะสม - ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการอบรมทุกครั้ง
ผลการวิจัย (ต่อ)	1) จำนวนการผูกมัดต่อปีลดลง 13.8% จากในปี 1995 การผูกมัด 2,379 ครั้ง ต่อผู้ป่วยทั้งหมด 2,560 คนลดลงเหลือ 2,380 คนต่อผู้ป่วยทั้งหมด 3,010 คน 2) ระยะเวลาเฉลี่ยในการผูกมัด หรือ การใช้ห้องแยกลดลง 54.6% จากในปี 1995 ใช้เวลา 13.9 ชั่วโมงต่อครั้ง ลดลงเหลือ 6.3 ชั่วโมงต่อครั้งในปี 1996 3) อัตราการบาดเจ็บของบุคลากรลดลง 18.8% จาก 48 ครั้งในปี 1995 ลดลงเหลือ 39 ครั้งในปี 1996
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) Transferability - สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการบริการไปใช้กับบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ เพราะหน่วยงานในวิจัยมีความสอดคล้องกับหน่วยงานของโรงพยาบาลศรีธัญญา - มีความเหมาะสมกับบุคลากรและผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่รับผิดชอบโดยตรง 2) Feasibility - พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการผูกมัดได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	- โปรแกรมนี้ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลให้เป็นโปรแกรมภาคบังคับเจ้าหน้าที่ 100 % 3) Cost-benefit ratio กิจกรรมในโปรแกรมนี้ไม่ทำให้เกิดอันตรายใดๆ กับบุคลากรและผู้ป่วยจิตเวช แต่จะได้ประโยชน์ต่อบุคลากรและผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตามก็อาจมีผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการจัดการฝึกอบรมรวมถึงบุคลากรต้องหยุดงานประจำบางราย
สรุปการนำไปใช้	1) โปรแกรมนี้สามารถนำมาพัฒนานุเคราะห์ที่ได้รับการผูกมัด และห้องแยกได้ - ลดระยะเวลาในการผูกมัดได้ - ลดอัตราการบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ได้ 2) โปรแกรมการลดการใช้การผูกมัดควรได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลให้เป็นโปรแกรมภาคบังคับเจ้าหน้าที่ 100 % 3) ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมในรูปแบบต่าง เช่น จัดให้เป็นภาคบังคับ หรือการเข้าไปร่วมประชุมเพื่อให้เจ้าหน้าที่เห็นว่า เจ้าหน้าที่มีความสำคัญและเชื่อว่าผู้บริหารต้องการให้เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วย 4) การมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมเรื่องการผูกมัดทุกสัปดาห์ 5) ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมทำลายให้กับเจ้าหน้าที่ทุกปี 6) เจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการอบรมควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การผูกมัดผู้ป่วยและการใช้ห้องแยกก่อน และมีความเห็นว่าการผูกมัดผู้ป่วยน่าจะเป็นวิธีแรกที่ใช้จำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย

ชื่อเรื่องงานวิจัย Brief reports: A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities.

ชื่อผู้แต่ง Jonikas A. J, Cook J. A , Rosen C, Laris A & Kim J.

แหล่งที่พิมพ์ Psychiatric Services. 55, 818-820, 2004.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อลดการใช้การผูกมัดทางกายในผู้ป่วยจิตเวชใน 3 หน่วยงาน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวช 3 หน่วย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค Schizophrenia, psychotic disorder, mood disorder, และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นโสด และได้รับยาต้านโรคจิตทุกคน
Setting ของงานวิจัย	หอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 หอผู้ป่วย 1. ให้บริการวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี 2. ให้บริการในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป 3. ให้บริการวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่อยู่ในโครงการวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	One group pretest-posttest studies / ระดับ 4
โปรแกรม (Intervention)	โปรแกรมการลดการใช้การผูกมัดประกอบด้วยเนื้อหาสาระดังนี้ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย: เจ้าหน้าที่พยาบาลสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตและวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤต รวมทั้งสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกระวนกระวายใจและความโกรธในช่วงที่ผ่านมา และระบุวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อให้ตนเองมีอาการสงบลง รวมทั้งการสัมภาษณ์ประวัติการถูกจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย และความชอบเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดจะถูกมาใช้อย่างวางแผนการจัดการภาวะวิกฤตที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย สิ่งที่ได้มาจะถูกบันทึกลงใน Computer และพิมพ์ให้ผู้ป่วยเก็บไว้ด้วย หากผู้ป่วยรายใดประสบปัญหา/ความยุ่งยากในการจัดการกับภาวะวิกฤต หรือเริ่มมีอาการกระวนกระวาย ก็

หัวข้อ	รายละเอียด
โปรแกรม (Intervention)	จะนำแผนการพยาบาลที่ทำไว้สำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ มาใช้ แต่หากผู้ป่วยรายใดสามารถจัดการกับอาการได้ตั้งแต่แรก เจ้าหน้าที่ก็จะใช้วิธีการสนับสนุนให้ใช้ต่อไป หากภาวะวิกฤตมีความรุนแรงขึ้น ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจิตเวชต้องทบทวนแผนการพยาบาลในการจัดการกับภาวะวิกฤตอีกครั้ง และดูว่าวิธีการใดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องถูกผูกมัด หลังจากปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต้องพูดคุยกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ถูกผูกมัด และวางแผนการพยาบาลร่วมกันใหม่นั้นก็ต้องเอามานำเสนอในหอผู้ป่วย เพื่อให้ทราบทั่วกัน 2) การจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะวิกฤต และไม่ใช้ความรุนแรง การเรียนรู้ในการจัดการกับกลไกภาวะวิกฤต ผู้เข้าร่วมการอบรมคือ ให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจาก 3 หน่วยงานเพื่อทำความเข้าใจการใช้คู่มือ และคู่มือ 90 นาที เรื่องการลดการใช้ห้องแยกและการผูกมัด หัวหน้าพยาบาลและกรรมการคุณภาพเข้าร่วมการประชุมเพื่อให้ข้อมูลและตอบข้อซักถาม การอบรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการไม่ใช้ความรุนแรงในภาวะวิกฤต เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้เวลา 1 วันเพื่อฝึกฝน และพัฒนาโดยสถาบันป้องกันการเกิดภาวะวิกฤต
ผลการวิจัย	ภายหลังให้ Advanced crisis management และ nonviolent crisis intervention 1) หน่วยบริการวัยรุ่น - 3 เดือนแรก ภายหลังได้รับโปรแกรม Advanced crisis management อัตราการผูกมัดลดลง 48% - 6 เดือน เดือน ภายหลังได้รับโปรแกรม nonviolent crisis intervention อัตราการผูกมัดลดลง 98% 2) หน่วย General Psychiatric - 3 เดือนแรก ภายหลังได้รับโปรแกรม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	Advanced crisis management อัตราการผูกยึดลดลง 85% - 6 เดือน เดือน ภายหลังได้รับโปรแกรม nonviolent crisis intervention อัตราการผูกยึดลดลง 99% 3) หน่วย Clinical Research unit - 3 เดือนแรก ภายหลังได้รับโปรแกรม Advanced crisis management อัตราการผูกยึดลดลง 51% - 6 เดือน ภายหลังได้รับโปรแกรม nonviolent crisis intervention อัตราการผูกยึดลดลง 49% ภายหลังให้ Advanced crisis management และ nonviolent crisis intervention อัตราการผูกยึดรวมลดลง 98%
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) Transferability - สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการบริการไปใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ เพราะหน่วยงานในวิจัยมีความสอดคล้องกับหน่วยงานของโรงพยาบาลศรีธัญญา 2) Feasibility - พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการผูกยึดได้ 3) Cost-benefit ratio - กิจกรรมในโปรแกรมนี้ไม่ทำให้เกิดอันตรายใดๆ กับบุคลากรและผู้ป่วยจิตเวช แต่จะได้ประโยชน์ต่อบุคลากรและผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ดีอาจมีผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการจัดการฝึกอบรม รวมถึงบุคลากรต้องหยุดงานประจำบางราย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1) การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ไม่ใช้ความรุนแรงจะช่วยลดอัตราการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) โปรแกรมการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ควรประกอบไปด้วยหลายวิธี ได้แก่ 1) การใช้วิทยากรในการให้ความรู้โดยตรง 2) การใช้คู่มือประกอบการเรียน 3) การใช้วิดีโอ เรื่องการใช้ห้องแยกและการผูกมัดผู้ป่วย 3) โปรแกรมมีความเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความกระวนกระวายใจ และความโกรธ

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นายฉัตรชัย มิ่งส่วน

วัน/เดือน/ปีเกิด 26 พฤษภาคม 2522

จังหวัดที่เกิด จังหวัดอำนาจเจริญ

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา, 2544
จังหวัดนนทบุรี
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
(สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล)
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ประวัติการทำงาน ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา (ตึกสารเสด็จชาย 5/1)
47 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี
11000
02-252-0981-5 ต่อ 2365
E-Mail address. ms_chatchai@hotmail.com