



บทที่ 2

วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่องวิเคราะห์การใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ใน
โรงพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและการใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยจิตเวช

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและการใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยจิตเวช

การใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีมาช้านาน โดยในสมัยแรก ๆ จะใช้การผูกมัดกับ
ผู้ป่วยจิตเวชทั่ว ๆ ไป โดยใช้โซ่ตรวนและห่วงเหล็ก ทั้งนี้ขึ้นกับความเชื่อในแต่ละยุคว่า คนบ้า
หรือคนเสียจริต มีสาเหตุมาจากอะไร ต่อมาเมื่อวงการแพทย์และพยาบาลได้พัฒนามากขึ้น จึงมุ่ง
ยกเลิกการใช้การผูกมัดลง ผู้ป่วยจิตเวชทั่ว ๆ ไป จะได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ
ส่วนผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง ยังคงต้องใช้การผูกมัดอยู่ ได้มีผู้ศึกษามากมายว่า ผู้ป่วยมี
พฤติกรรมเช่นไร จึงจำเป็นต้องใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัด กล่าวคือ จะใช้การผูกมัดในผู้ป่วย
ที่กระสับกระส่าย สับสน แสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ควบคุมตัวเองไม่ได้
(Telintelo and Other, 1983, Bursten, 1975 และ Soloff, 1978) อยู่ฝั่งไม่ได้
สูญเสียการตัดสินใจ หลงผิด ประสาทหลอน นอนไม่หลับ ปฏิเสธน้ำอาหารและยา (Guirguis
1976) วิตกกังวลสูง (Block 1976) เอะอะอาละวาด ดุด่า ทำลายข้าวของ (Bornstein,
1985)

นั่นคือ เดิมนั้นจะใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชทั่ว ๆ ไป แต่ปัจจุบัน จะใช้การผูกมัดกับ
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมดังกล่าว คือพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่สามารถใช้การรักษาพยาบาลอันใด
ได้ผลอีกแล้ว

พฤติกรรมรุนแรง (Violence Behavior)

ในเรื่องของความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายแง่มุม กล่าวคือ พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกของแรงขับ ก้าวร้าว เพื่อการทำลาย (จินตนา บุญทันต์ 2527 : 104) ซึ่งเป็นพลังกำลังของร่างกายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งของ (Gunn 1973 : 14) โดยแสดงออกอย่างรุนแรง โดยการทำร้าย เอะอะอาละวาด จนถึงฆ่าผู้อื่น (นงคราญ หาสุข 2528 : 101) ซึ่งการแสดงออกเหล่านี้ เป็นผลจากอารมณ์โกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น (McFarland and Walis 1986 : 44) หรือเป็นการเผชิญปัญหาทางด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นความโกรธ ความเกลียด ความต้องการทำลาย (Topalis 1978 : 131) หรืออีกแง่หนึ่ง พฤติกรรมรุนแรงเป็นอารมณ์โกรธเมื่อบุคคลถูกคุกคาม แล้วไม่ได้ผ่อนคลายออก จะมีความอาฆาตแค้น ก่อให้เกิดพฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ พุ่งเข้าหาตนเอง อาจซึมเศร้าหรือทำลายตนเอง ถ้าพุ่งสู่บุคคลหรือสิ่งแวดล้อม จะมีลักษณะทำลายสิ่งของและบุคคล (มสธ. 2528 : 1149) และอีกรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมรุนแรง จะแสดงออกโดยการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น (Rosen and DiGiacomo 1978 : 228)

พฤติกรรมรุนแรง จึงหมายถึง การแสดงออกโดยการพูดจาหยาบคาย เอะอะอาละวาด ทำลายทรัพย์สินของ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น ฆ่าตัวตาย รวมทั้งไม่อยู่ฟัง สบสน ควบคุมตัวเองไม่ได้

ทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

มีหลายทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรง ดังจะได้กล่าวถึงต่อไปนี้

1. ทฤษฎีของซาลิแวน (Sullivan)

เชื่อว่าบุคคลใช้ความโกรธเพื่อหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล แล้วตอบสนองโดยต่อต้านสิ่งที่มาคุกคาม เช่น ทำลายตัวเอง และถ้าความโกรธไม่ได้แสดงออก บุคคลจะรู้สึกโทสะ (Range) มาก แล้วแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้

การคล้อยตาม (conforming)

การต่อต้าน (Rebelling)

การแสดงพฤติกรรมมุ่งร้าย (malevolent Behavior)

2. ทฤษฎีของลอเรนซ์ (Lorenz)

เชื่อว่าการก้าวร้าวเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เขาอธิบายว่า การพัฒนาของความก้าวร้าว เป็นการพัฒนาจากภายในโดยสิ้นเชิง ไม่มีอิทธิพลภายนอก (external influence) มาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะก้าวร้าวจะบรรจุอยู่แล้วบนยีนส์ เมื่อไรที่มีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม ก็จะเกิดการต่อต้านขึ้น (fight)

3. ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemistry Theory)

จากการศึกษาทางกายวิภาคของสมอง พบว่า ลิมบิก (Limbic System) เป็นตัวควบคุมความก้าวร้าว รอยโรคใด ๆ ที่ไฮโปธาลามัสและอมิกดาลา สามารถลดหรือเพิ่มพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และจากการศึกษาทางชีวเคมีพบว่า การหลั่งของนอร์อิพิเนเฟริน (norepinephrine) จากอะดรีนัล เมดัลลา (adrenal medulla) อัคตราเฟาผลาญของโดปามีน (dopamine) ซีโรโตนิน (serotonin) จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น เทสโตสเทอโรน (testosterone) โปรเจนเตอโรน (progesterone) เพิ่มขึ้น จะทำให้ความก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น (Cornelia Maric Brek 1984 : 448-449)

4. ทฤษฎีแรงขับ ของ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Drive Theory)

กล่าวว่า แรงขับความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของความรู้สึกอยากทำลายหรือกำจัด (The instinct for death or thanatos) ซึ่งเป็นแรงขับหนึ่งในสองประเภทของแรงขับที่บุคคลมีมาแต่เกิด แรงขับอีกประเภทหนึ่งคือ แรงขับของความสุข ความพึงพอใจ (Instinct for life or eros) แรงขับความก้าวร้าวจะถูกพัฒนาเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมก็ต่อเมื่อแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการทางเพศ (Psychosexual Development) บุคคลได้รับความสุขสมใจตามควรแก่เหตุการณ์ ผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสม จะมีพลังงานความก้าวร้าวติดค้างแฝงอยู่ในจิตส่วนไร้สำนึก และพลังงานส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีที่ค่อนข้างซับซ้อน นับเป็นพลังของจิตที่สำคัญ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจ พลังส่วนนี้มักเป็นตัวเสริมเพิ่ม จึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความคิดปฏิกิริยาพฤติกรรมหลาย ๆ รูปแบบ (มสธ. 2528 : 1151)

5. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา

อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลว่า เป็นผลมาจากการสังเกต การเอาอย่าง การลอกเลียนและการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งตอบแทนภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต

ในภาวะที่บุคคลประสบความกดดันทางจิตใจ พลังความกดดันนั้นทำให้บุคคลหาทางออกในหลายรูปแบบ สุดแต่การเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสะสมมาจนเป็นนิสัย บางคนใช้วิธีเผชิญหน้าอย่างมีเหตุผล บางคนใช้วิธีหนีไปพึ่งสุรา ยาเสพติด บางคนต่อสู้ด้วยความก้าวร้าวใช้อำนาจ ใช้วิธีการที่ผิดทำนองคลองธรรม (มสธ. 2528 : 1152)

กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ซิสเตอร์ คาลิสตา รอย ผู้ก่อตั้งทฤษฎีการปรับตัว ได้กล่าวถึงสิ่งเร้า คือ สิ่งใดก็ตามที่มีอิทธิพลให้บุคคลเกิดการปรับตัวเพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะสมดุลย์

สิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญขณะนั้น และส่งผลให้บุคคลต้องมียุติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งสิ่งเร้าตรงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ โรคทางจิตเวช พืชจากยา ความผิดปกติของการเผาผลาญในร่างกาย รวมทั้งความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนถูกคุกคามหรือสูญเสีย เช่น ถูกด่า ถูกขกต้อย ถูกตาย ฯลฯ

1. โรคทางจิตเวช

1.1 จิตเภทเฉียบพลัน (Acute Schizophrenia) มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการแพนนิคอย่างรุนแรงร่วมกับสับสน

1.2 ผู้ป่วยหวาดระแวง (Paranoid Psychosis) ซึ่งอาจจะมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก ทั้งนี้เพราะแบบแผนของความคิดของผู้ป่วย จะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีการหลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยไม่สามารถตรวจสอบความจริงได้ เมื่อผู้ป่วยหลงผิดเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าสิ่งแวดล้อมเป็นอันตรายสำหรับตัวเขา ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเอง สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยมีการหวาดระแวงอย่าง

เฉียบพลัน มักจะมีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหู ซึ่งไม่เคยเกิดมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยสับสน และเกิดความกลัวมาก และประสาทหลอนเหล่านี้มักจะ เป็นสิ่งแปลกประหลาดน่ากลัว ทำให้ผู้ป่วย รับรู้ว่าคุณเองตกอยู่ในอันตราย จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมรุนแรง เพื่อป้องกันตนเองจาก อันตรายนั้น

1.3 ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เนื่องจากความผิดปกติของสมอง (Organic Brain Syndrome) ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเอง เหมือนผู้ป่วยโรคจิตแบบอื่น ๆ แต่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาที่เพิ่มขึ้นมาคือ การรับรู้สิ่งแวดล้อมในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ผิดพลาด และสูญเสียความจำระยะใกล้ และมีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อย ๆ อาการที่เนื่องมาจาก ความผิดปกติของสมองนี้ อันตรายมัก เนื่องจากอาจจะเกิดขึ้น เมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีสัญญาณอันตราย มาก่อน และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีประวัติของการมีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อนและผู้ป่วยประเภท นี้ไม่สามารถจะบอกผู้อื่นได้ว่า ตนเองมีความกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือตนเองกำลังจะควบคุมตนเอง ไม่ได้

1.4 ผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) ผู้ป่วยประเภทนี้อาจเกิดพฤติกรรม รุนแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคลมชัก มักจะ เป็นอันตรายน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนเทมโพลรัล โลม (temporal lobe)

1.5 ผู้ป่วยซึมเศร้า (Depressive Psychosis) อาจแสดงพฤติกรรม รุนแรงหรือทำร้ายบุคคลอื่น สถานการณ์พยากรณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะ เกิดพฤติกรรมนี้ได้มาก ถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง

1.6 ผู้ป่วยคลั่ง (Mania) ชุดไม่หยุด เคลื่อนไหวตลอดเวลา จะมีอาการ หงุดหงิด โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรง แล้ว แสดงพฤติกรรมรุนแรงตามมา

1.7 บังคับใจ ๆ ก็ตามที่ส่งผลต่อสมองและระบบประสาท ทำให้บุคคล ควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น เนื้องอกในสมอง ฝีในสมอง หรือสมองได้รับความกระทบกระเทือน อย่างรุนแรงและหมดสติ เป็น เวลานาน เมื่อฟื้นขึ้นมา มักแสดงพฤติกรรมรุนแรง

2. ความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกาย

ผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลย์ของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย หรือระบบ ค่อมไรท์ออสสมดุลย์ รวมทั้งพวกที่มีไขสูงหรือพิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล

เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง เมื่อมีความเครียด

3. พืชจากยา

3.1 พืชจากยาแอมเฟตามีน ผู้ที่รับประทานยานี้ขนาดสูงเป็นเวลานานอาจเกิดอาการทางจิตเนื่องจากแอมเฟตามีนได้ ผู้ป่วยจะมีอาการหลั่งหล่าน พฤติกรรมรุนแรง

3.2 พืชจากการขาดยาบาร์บิทูเรท ผู้ป่วยที่ติดยาและหยุดยากระทันหัน หรือผู้ป่วยที่รับประทานยาเกินขนาด จะมีอาการกระวนกระวาย หลั่งหล่าน อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้

3.3 ผู้ป่วยในระยะถอนสุรา มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงและโดยทั่วไปบุคคลที่ดื่มสุรามักจะเป็นผู้ที่ต่อสู้กับความเครียดด้วยการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงอยู่แล้ว

สิ่งเร้าร่วม หมายถึง สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมตอบสนอง ซึ่งเป็นผลมาจากสิ่งเร้าโดยตรง

1. สภาพสังคม สภาพสังคมที่ได้รับการศึกษาน้อย ขาดโอกาสขัดเกลานิสัย การแสดงออกเพื่อลดความคับข้องใจจะออกมาในทางที่รุนแรง ทั้งนี้การเรียนรู้จากการเลียนแบบพฤติกรรมผู้อื่นจนคิดเป็นลักษณะเฉพาะตัว

2. สิ่งแวดล้อมใกล้ตัว สภาพบุคคล ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยอื่น ญาติ สถานที่ ความเป็นอยู่ที่ผู้ป่วยประสบทุกวัน แล้วเกิดความไม่พึงพอใจ มีความคับข้องใจตลอดเวลา แม้จะเป็นเรื่องเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อมีสิ่งเร้าตรงอย่างอื่นมากระตุ้น ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาได้ง่าย

3. บุคลิกภาพแปรปรวน พวกที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดอันธพาลและพวกที่แสดงอารมณ์รุนแรง (Explosive) จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้เสมอ

สิ่งเร้าแฝง หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

1. เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ สถานภาพสมรส

2. สภาพครอบครัวและการเลี้ยงดู

2.1 พฤติกรรมของครอบครัวจะเกิดใน 2 ลักษณะ คือ เป็นผู้รองรับ พฤติกรรมรุนแรงของสมาชิกอื่นโดยไม่ปริปาก จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง คงแสดงต่อไป อีกลักษณะหนึ่งคือ แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนประสงค์ ถ้าบุคคลในครอบครัวตอบสนองบุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมนั้นต่อไป

2.2 สภาพครอบครัววุ่นวาย ไม่สงบสุข สมาชิกในครอบครัวเกิดความ ไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย เขาต้องแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันตัวเขาเอง พฤติกรรมนี้มักเป็นพฤติกรรม ที่ก้าวร้าวรุนแรง

2.3 เด็กที่ถูกทอดทิ้ง ไม่เคยได้รับความรักความอบอุ่น จะมีพฤติกรรมใน ทางก้าวร้าวมากกว่าเด็กปกติ ชอบทะเลาะวิวาท มีความรู้สึกว่าคุณเองอยู่ในโลกนี้ด้วยการต่อสู้ คัดค้าน มักไม่ค่อยรู้สึกในสิ่งที่ทำผิดไปแล้ว

2.4 พ่อแม่ไม่มีความเสมอต้น เสมอปลาย เด็กจะรู้สึกสับสน การเลี้ยงดู แบบนี้จะส่งผลให้ เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและถ้ามีสิ่งเร้ามากระทบ จะแสดงพฤติกรรมรุนแรง ออกมา

2.5 เด็กที่ขาดพ่อ-แม่ และฐานะทาง เศรษฐกิจต่ำ มักจะมีความรู้สึก รุนแรง และแสดงออกอย่างรุนแรง

2.6 เด็กที่ถูกลงโทษอย่างรุนแรงเป็นประจำ จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก เด็กที่พ่อแม่ลงโทษรุนแรงมักปรารถนาที่จะตอบโต้กลับคืนไปอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เด็กบางคนอาจ กลายเป็นคนซึม เเฉย ยอมแพ้ง่าย ๆ หรือชอบเก็บกด

2.7 เด็กที่พ่อแม่รักมาก ปกป้องมากเกินไป ก็ก้าวร้าวได้เหมือนกัน เพราะ เด็กไม่รู้จักขอบเขต ขาดวินัย ไม่มีความแน่ใจและไม่มีความสม่ำเสมอในการอบรมเลี้ยงดู

สุวัทนา อารีพรรค (2524) ได้กล่าวถึงข้อมูลบางอย่าง เกี่ยวกับบุคคลที่ก่อให้เกิด พฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชไม่ได้ก่ออาชญากรรมมากกว่าคนปกติ มีรายงาน อย่างน้อย 1 ราย ว่าผู้ป่วยทางจิตเวชก่ออาชญากรรมต่ำกว่าประชาชนทั่วไปมาก เพราะฉะนั้น ประวัติดังกล่าวเคยอยู่โรงพยาบาลโรคจิตและการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ไม่มีความ สำคัญต่ออัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

2. ร้อยละ 80 ของผู้ก่อพฤติกรรมรุนแรง เป็นคนที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี
 3. พฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่ง เกิดในวัยผู้ใหญ่ มักจะ เป็นการทำตนเองมากกว่าผู้อื่น
 4. อารมณ์ในวัย เด็กของผู้ที่ก่อพฤติกรรมรุนแรง มักจะ Impulsive และต้อง
 หขสิ่งกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา ประวัติดการพบการวางเพลิงและการทารุณสัตว์เลี้ยงในบ้าน ก็มีลักษณะ
 รุนแรงหรือขาดความอบอุ่นในครอบครัว

5. คนซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะก้าวร้าวรุนแรง มักจะก่อพฤติกรรมรุนแรง
 ในขณะที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์ได้มากกว่าคนทั่วไป

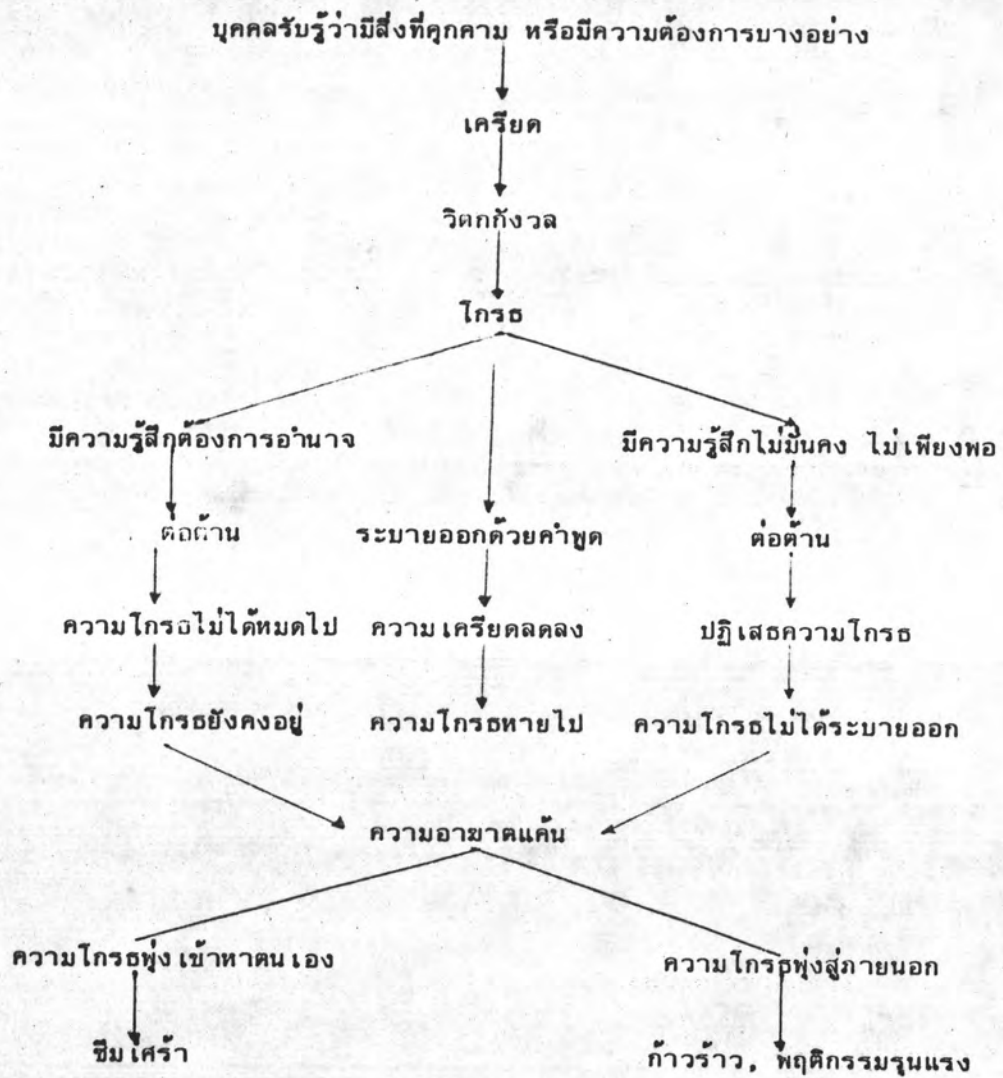
นอกจากนี้ สจ๊วตและซันคิน (Stuart and Sandeen 1983 : 336) ได้กล่าวถึง
 สิ่งเร้าที่ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยการฆ่าตัวตาย ดังตารางต่อไปนี้

| ชนิดของสิ่ง เร้า | อัตราเสียงสูง | อัตราเสียงต่ำ |
|---------------------------------|---|---|
| อายุ | มากกว่า 45 ปี/วัยรุ่น | 25-45 ปี/น้อยกว่า 12 ปี |
| เพศ | ชาย | หญิง |
| สถานภาพสมรส | หย่า, แยก, หม้าย | แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน |
| อาชีพ | งานวิชาชีพ (แพทย์, ทันตแพทย์, นักกฎหมาย) หรือ นักศึกษา ไม่มีอาชีพ | มีอาชีพ |
| การเจ็บป่วยทางกาย | เจ็บป่วยเรื้อรัง | ความเจ็บป่วยไม่ร้ายแรง |
| ความเจ็บป่วยทางจิต | ซึมเศร้า, ชูแ่วว ประสาทหลอน | บุคลิกภาพแปรปรวน |
| ประวัติการใช้ยาและ แอลกอฮอล์ | พิษจากยา / ระยะเวลา พิษยา | ไม่มีประวัติการใช้ |
| ประวัติการพยายาม ฆ่าตัวตาย | อย่างน้อย 1 ครั้ง | ไม่มีประวัติ |
| การวางแผน | วางแผนแน่ชัด | ไม่วางแผนแน่ชัด |
| วิธีการฆ่าตัวตาย | ใช้วิธีการรุนแรง เช่น ยิง แขวนคอ กระโดดตึก | ใช้วิธีการไม่รุนแรง เช่น การ ใช้ยาเกินขนาด ยาพิษ ฯลฯ |

(Stuart and Sandeen 1983 : 336)

015806

เบค (Beck, 1984) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังแผนภูมิต่างนี้



(แปลจาก Beck : 447)

จากกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะเห็นว่าเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคุกคามหรือมีความต้องการสิ่งใดแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีตัวตนหรืออาจเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ผิดของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้น จะเริ่มมีความวิตกกังวล ถ้าความรู้สึกนี้ไม่ได้รับการแก้ไขอารมณ์โกรธจะตามมา และถ้าอารมณ์นี้ไม่ได้ออกมา จะค้างค้ำอยู่ในจิตใจของบุคคลนั้น จะรุนแรงขึ้นเป็นความอาฆาตแค้น ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องอีก ผู้ป่วยจะแสดงออกใน 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมรุนแรงชนิดพุ่งออกสู่ภายนอก และชนิดที่พุ่ง เข้าสู่ตัวเอง

ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรง

จากกลไกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมรุนแรงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

พฤติกรรมรุนแรงชนิดที่พุ่งออกสู่ภายนอก ได้แก่

1. ใช้คำพูดหยาบคาย คำว่า ก้าวร้าวต่อสิ่งที่เป็นต้นเหตุ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่มีความเห็นหรือไม่มีตัวตนก็ได้
2. อารมณ์หงุดหงิดมาก กระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ นัยตาขวาง
3. เอะอะอาละวาด ทำอันตรายบุคคลอื่น สัตว์ สิ่งของ โดยใช้กำลังกายและอาวุธ

พฤติกรรมรุนแรงชนิดที่พุ่งเข้าสู่ตัวเอง ได้แก่

1. ใช้คำพูดซ้ำเติม โทษตัวเอง เช่น พูดว่าตัวเองไร้ค่า ตัวเองเป็นผู้ผิด
2. ปฏิเสธอาหาร น้ำ ยา และไม่ยอมพักผ่อน จนร่างกายได้รับอันตราย
3. มีโรคทางกายเนื่องจากจิต เช่น ปวดท้อง ชัก เป็นลม โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย
4. พยายามทำร้ายร่างกายตัวเอง เช่น กรีดเนื้อ กินยาพิษ รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตายด้วย

จินตนา บุญพันธุ์ (2527 : 109) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมรุนแรงตอนหนึ่งว่า เป็นการยากที่จะเข้าใจกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงนี้ ทั้ง ๆ ที่เราพอจะทราบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากความต้องการป้องกันตนเอง จากสิ่งที่มาคุกคามที่อาจเป็นความจริงหรือไม่จริงก็ได้ ในกรณีสิ่งที่มาคุกคามเป็นความจริง กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงก็จะเข้าใจได้ง่าย เช่น บุคคลมีพฤติกรรมรุนแรงในระยะที่มีไฟไหม้ น้ำท่วม หรือมีพายุ หรือในสถานการณ์ที่มีบุคคลอื่นจะมาทำร้ายจริง ๆ บุคคลผู้นั้นจะทำร้ายก็จะทำการป้องกันตนเอง แต่สำหรับในผู้ป่วยจิตเวชแล้ว กระบวนการคิดของเขาผิดปกติไปจนกระทั่งความคิด ความรู้สึก และการกระทำของเขาต่อเนื่องกันในลักษณะที่เป็นเหตุผลซึ่งกันและกันไม่ได้ จึงทำให้กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นสิ่งที่เข้าใจยากมากและเป็นสิ่งที่ยากมากสำหรับพยาบาลผู้ที่ต้องติดต่อกับผู้ป่วยประเภทนี้ จะตรวจสอบว่าผู้ป่วยคิดและรู้สึกอย่างไร รวมทั้งเป็นการยากที่จะพยากรณ์พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้การที่พยาบาลเข้าใจกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ยาก เพราะว่าความ

ต้องการของผู้ป่วยที่จะป้องกันตนเองในขณะนั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับรู้อันตรายของผู้ป่วย ที่มีลักษณะเฉพาะตนมากและมีความหมายเฉพาะตัวผู้ป่วยเอง เท่านั้น ดังนั้นพยาบาลต้องใช้การ สังเกตอาการและอาการแสดง ที่เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น มีการ เคลื่อนไหวมากขึ้น อารมณ์รุนแรงขึ้น ชูดึงความคิดที่หลงผิด หรือมีอาการทางสมองอย่างเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย

ประวัติการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

ตั้งแต่ศตวรรษที่ 16 เป็นต้นมา วัดและคุกเป็นสถานที่สำคัญสำหรับกักกันผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลรักษาพยาบาลบ้าง ส่วนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอันตรายต่อตนเองและ ผู้อื่น จะต้องถูกตรึงโดยโซ่ตรวน จนกระทั่งศตวรรษที่ 18 สถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิต จะเปลี่ยนจาก วัดและคุกมาเป็น อะซิหลัม (Asylum) ผู้ป่วยทั้งหลายที่อะอะอาละวาด จะถูกตรึงสายโซ่ไว้กับ ผนังห้องอันมืดไร้แสงสว่าง คอถูกขันไว้ด้วยห่วงเหล็ก (กุนที กุมภการ 2529 : 15) มีโอกาส เคลื่อนไหวน้อยมาก การตรึงผู้ป่วยที่ใช้กันบ่อยในยุคนั้นคือ การใช้เข็มขัดเหล็กรัดรอบเอวยึดติด กับต้นแขนทั้งสองข้าง ข้อเท้าทั้งคู่ถูกล่ามไว้ด้วยโซ่ ในห้องที่กักขังผู้ป่วยเพียงปูลาดไว้ด้วยฟางแห้ง เครื่องช่วยให้อุ่นก็ไม่มี ทั้งนี้เพราะในยุคนั้น เชื่อว่า คนที่บ้าคลั่ง เป็นผลมาจากภูติผีปิศาจ การ ดูแลจึงมุ่งทรมาณ เพื่อไล่ผีออกจากร่าง

ประวัติการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชได้เริ่มบันทึกอย่างจริงจังราว ค.ศ. 1759-1829 สมัยที่ วินเซนโซ ไชรุจิ (Vincenzo Chairugi) ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชาวอิตาลี ได้เผยแพร่บทความเกี่ยวกับการปลดปล่อยโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวช ที่โรงพยาบาลบอนิเฟ (Boniface) ใน ค.ศ. 1774-1778 รวมทั้งได้เผยแพร่แนวการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยอาศัยกลุ่มอาชีพบำบัด การจัดสุขาภิบาลที่ดี และการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมนุษยธรรม (Human-treatment) และ เมื่อ ค.ศ. 1745-1826 ฟิลิป โทเนล ก็ได้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการปลดปล่อยจากการ ผูกมัด ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ให้ดี ดูแลด้วยความเมตตา (Moral treatment) และแนว ความคิดนี้ถูกนำเอาไปใช้ที่ประเทศอังกฤษ โดย เบนจามิน รัช โซ่ที่อเมริกาโดย วิลเลียม ทิค แต่อย่างไรก็ตาม แม้แนวความคิดของโทเนลจะแพร่หลายออกไป ยังพบว่า การผูกมัดยังใช้กันอยู่ ไม่ได้ถูกยกเลิกโดยสิ้นเชิง ต่อมาใน ค.ศ. 1837 มีแนวโน้มว่าการยกเลิกการผูกมัด จะมีทาง เป็นไปได้มากขึ้น เมื่อ ฮิล (Hill) ซึ่งเป็นแพทย์ประจำที่ลินคอล์น ลูนาคิค อะซิหลัม (Lincoln Lunatic Asylum) ประเทศอังกฤษ ได้กล่าวถึงการหลีกเลี่ยงการผูกมัดในข้อเขียนชื่อ

"The total Abolition of personal Restraint in the treatment of Insane
 ว่าสามารถหลีกเลี่ยงการผูกมัดได้ ถ้าจัดแบ่งประเภทของผู้ป่วยและเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด จัดให้มี
 ผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยได้ฝึกงานอาชีพ ดูแลสุขภาพ ความสะดวก รวมทั้งกำหนดหน้าที่
 ของผู้ดูแลอย่างชัดเจน ซึ่งแนวความคิดนี้ได้เผยแพร่ออกไปอย่างรวดเร็ว แต่ในทางปฏิบัติจริงก็
 ไม่สามารถยกเลิกการผูกมัดได้ ทั้งนี้เพราะขาดผู้ดูแลที่มีความสามารถ ผู้ป่วยจำนวนมาก เทคโนโลยี
 ทางการแพทย์รักษา ยังไม่ได้ก้าวหน้ามาก จนกระทั่ง ค.ศ. 1841 เมื่อ ฮิธ ได้เปิดอบรมพยาบาล
 หญิงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่โรงพยาบาล โกลเชสเตอร์ (Gloucester) การบุกเบิกกิจกรรม
 ใหม่เช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ลดการผูกมัดลงมาก กับทั้งเปลี่ยนแปลงเจตคติของประชาชน
 ต่อผู้ป่วยโรคจิตว่าพื้นฐานความเจ็บป่วยทางกายทางจิตไม่ต่างกัน ไม่ใช่เกิดจากภูตผีปิศาจ

ในปี ค.ศ. 1933 โคนอลลี (Conolly) ได้เสนอขอบเขตของการใช้การผูกมัด
 แล้วนำมาใช้ครั้งแรกที่ New York State Department of Mental Hygiene ดังนี้

1. จะใช้การผูกมัดก็ต่อเมื่อมองกันอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วย บุคคลอื่น หรือเพื่อ
 ความสะดวกในการผ่าตัดหรือให้การรักษารักษาอื่น ๆ
2. แพทย์ต้องเห็นชอบและระบุเหตุผลของการใช้ชัดเจน
3. ใช้ ผ้าและคามิโซล ในการผูกมัดเท่านั้น
4. ผู้ป่วยจะถูกผูกมัดไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน

แนวความคิดได้เผยแพร่ทั่วไปในอังกฤษ อเมริกา สกอตแลนด์ แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่
 ไม่เพียงพอ การผูกมัดก็ยังคงใช้อยู่ จนกระทั่งเริ่มมียาระงับประสาท เช่น คลอโปรมาซีน และ
 รีเซอมิน ทำให้การผูกมัดลดลง

ในประเทศไทยนั้นก็เช่นเดียวกัน แต่เดิมเชื่อว่าคนเสียสติเนื่องจากภูตผีปิศาจหรือถูก
 คุณไสย การบำบัดจึงมุ่งไล่ผีโดยการทรมานผู้ป่วยคนนั้น เช่น เขียนตี ล่ามโซ่ ให้อดอาหาร แม้
 กระทั่งจับเผาไฟทั้งเป็น (ยุทธนา ทัศนัย 2529 : 48) เพื่อให้ผีหนีออกไป ผู้ป่วยจะได้รับการ
 พิทักษ์รักษาในวัด จนเมื่อ พ.ศ. 2432 ทางราชการได้เปิดโรงพยาบาลคนเสียจริตที่ปากคลองสาน
 ให้การรักษาผู้ป่วยโดยใช้ยาไทย การกักขัง การผูกมัดทรมาน หลวงวิเชียรแพทยาคม บันทึกรักษา
 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสียจริตว่า "ขอสารภาพว่า รู้จักโดยความซน คือ ไปขึ้นต้นท้าวหลังโรงพยาบาล
 ดูกินไข่มุกแก้วเบรลลี่กายนอนตากแดด ดูเขามัดล่ามโซ่ ผูกติดกับเสา ติดกับลูกกรงเหล็ก" ถัดมาใน
 ช่วง พ.ศ. 2440-2447 ยังคงใช้ยาไทยเหมือนเดิมแต่ความเชื่อเรื่องสาเหตุของโรคเปลี่ยนไป

โดยเชื่อว่าสาเหตุการเสียชีวิตมาจากลมและเลือด การรักษาจึงมุ่งเอาเลือดออก คือ วิธีการ
 กอกเลือด (Blood letting) ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว กล่าวว่า "ถ้าผู้ป่วย
 หุ่นแน่น ให้กอกเลือดออกขนาด ๑ ออนซ์ ๓ ครั้ง โดยมีระยะห่างกัน ๓ วัน จะช่วยลดความ
 เพื่อคลั่งได้ แต่ก็ยังไม่หายให้จงจำ ล่ามไซ่ ชกค้อยกันหนัก ๆ ค่อยไป" (ยุทธนา ทัศนัย
 2529 : 48) พ.ศ. 2461 แนวความคิดของ Moral treatment ได้นำมาใช้ในเมืองไทย
 เป็นครั้งแรก พัฒนาการดูแลผู้ป่วยและสภาพแวดล้อม แต่พบว่า พ.ศ. 2475-2494 คือ 17 ปีหลัง
 จากนำแนวคิด Moral treatment มาใช้ แต่ยังคงพบว่าการผูกมัดมากอยู่ ทั้งนี้เพราะไม่มีวิธี
 การใด ๆ ที่จะสงบผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งได้ นอกจากยานอนหลับและอุตสาหกรรมบำบัด

จะเห็นได้ว่าประวัติการใช้การผูกมัดมีมาช้านาน โดยสมัยแรก ๆ ผูกมัดเพื่อต้องการ
 ทรมานให้ยุติพิศจากออกจากตัวผู้ป่วยตามความเชื่อ ต่อมาเมื่อมียารักษาทางจิต เช่น ยาระงับ
 ประสาท การใช้การผูกมัดก็ต่อเมื่อใช้ยาไม่ได้ผล จนกระทั่งปัจจุบันนี้ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีมาก
 มาก เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การพูดคุย การรักษาทางยา การรักษาทางจิตบำบัด
 และกลุ่มบำบัดต่าง ๆ เมื่อใช้วิธีการอื่นใดไม่ได้ผลอีกแล้ว ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อันตรายต่อ
 ตนเองหรือผู้อื่น จำเป็นต้องใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย

ความหมายของการผูกมัดเพื่อการบำบัด

มีผู้ให้ความหมายของการผูกมัดเพื่อการบำบัดไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

การใช้สายหนัง มัดข้อมือ ข้อเท้า เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยใช้แขนขาทำอันตรายตนเองและ
 ผู้อื่นได้ (Roper and Other, 1985 : 10)

การใช้สายหนังหรือผ้ามัดแขนขาผู้ป่วย เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวและรวมถึงการใช้
 ผ้าผูกยึดผู้ป่วยไว้กับเตียงในท่านอนหงาย (Rosen and DiGiacomo 1978 : 228)

นอกจากนี้ยังมีศึกษาการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชและได้กล่าวถึงทัศนคติของคนที่ผูกมัด
 ไว้คือ การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด เป็นวิธีการที่ได้ผลดีและปลอดภัยในการจัดการกับผู้ป่วย
 จิตเวช ที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Whaley and Ramirez 1980 : 15) เพื่อลดความวิตกกังวล
 และอาการอยู่ไม่ได้อันตรายหรือเพื่อหยุดพฤติกรรมที่ไม่สามารถให้คำพูดยับยั้งได้ (Block 1976 : 9)
 แต่ควรใช้เป็นวิธีสุดท้าย เมื่อใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลอีกแล้ว (Lion and Others 1972 : 9)
 ซึ่งวิธีการใช้การผูกมัดเพื่อถาวรบำบัดนี้ เป็นการจัดการอย่างฉุกเฉิน (Soloff 1978 : 179)
 อย่างหนึ่ง

การผูกมัดเพื่อการบำบัด จึงหมายถึง การใช้ผ้าผูกมัดข้อมือ ข้อเท้า และลำตัวผู้ป่วย เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่ให้ผู้ป่วยทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น สัตว์ และสิ่งของ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการบำบัด เป็นสำคัญ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ในการพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท พยาบาลต้องดำเนินการ เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็น เครื่องมือ จึงอาจกล่าวได้ว่า กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญ และจำเป็นต้องใช้อย่างขาดไม่ได้ในการพยาบาล เพ็ญศรี ระเบียบ (2527 : 488-489) ได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการพยาบาลดังนี้

1. เป็น เครื่องมือหรือวิธีการที่เป็นแกนกลางสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคน ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย และ/หรือตอบสนองความต้องการของบุคคล ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้ง เป็นวิธีที่พยาบาลสามารถกระทำได้ด้วยตนเองอย่าง อิสระ
2. ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นระบบ มีขั้นตอน มีความต่อเนื่องกันในการที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล จากการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบมีขั้นตอน และมีความต่อเนื่องกัน ช่วยให้พยาบาลหลีกเลี่ยงการตัดสินใจทางการพยาบาล โดยอาศัยความเคยชินหรือการเดา รวมทั้งหลีกเลี่ยงการตัดสินใจทางการพยาบาลตามกิจวัตรหรือนิสัยที่เคยชินได้ นอกจากนี้ยังช่วยประหยัดเวลาและเศรษฐกิจอีกด้วย
3. ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้และทักษะพื้นฐานต่าง ๆ คือ ทักษะทางปัญญาเป็น เครื่องช่วยในการนำความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน เพื่อนำไปสู่การติดต่อสื่อสาร ความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน การพยาบาล ทักษะในการสังเกต เพื่อนำไปสู่การรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เกี่ยวกับผู้รับ บริการ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประหยัดเวลาและ ทรัพยากร การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานดังกล่าว ทำให้พยาบาลสามารถ ให้การพยาบาลคนทั้งคนได้ ช่วยให้พยาบาลได้แสดงออกถึงความสามารถ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และความรับผิดชอบในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพต่อผู้รับบริการได้

4. กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลมุ่ง เป้าหมายที่ผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดการพยาบาลสำหรับตนเองอีกด้วย

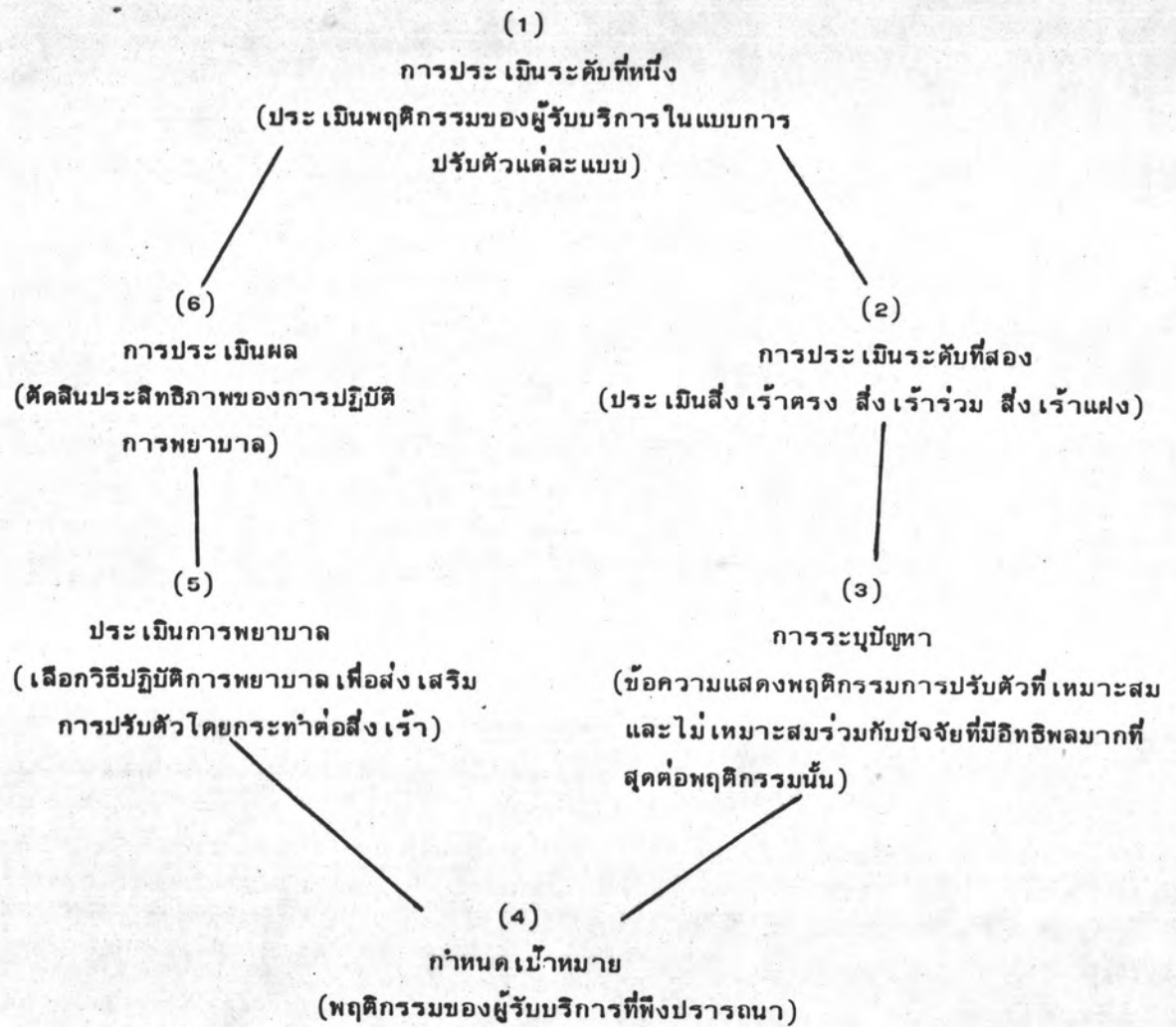
5. การใช้กระบวนการพยาบาลจะต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลเอาไว้ เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมพยาบาล รวมทั้งทีมสุขภาพทั้ง เป็นหลักฐาน เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ระบบการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการมีประสิทธิภาพตามไปด้วย และช่วยให้สามารถตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการจากระบบบันทึกดังกล่าวด้วย

6. การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลนั้น จะทำให้พยาบาลสามารถสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้

7. ในกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนของการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการ เป็นผลที่เกิดจากการใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ความคิดดังกล่าวแล้ว ช่วยให้เกิดความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นศาสตร์ของการพยาบาลได้อีกด้วย

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ถ้าการใดที่ปฏิบัติไปแล้วแต่ไม่บรรลุเป้าหมาย ก็จะเริ่มลงมือดำเนินการใหม่ ซึ่งกระบวนการพยาบาลมี 6 ขั้นตอนดังนี้



(ทฤษฎีการปรับตัวของรอย อ้างถึงใน จินตนา บุญทันต์ 2529 : 181)

โดยสรุป พยาบาลวิชาชีพจะดำเนินการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง
ดังต่อไปนี้

1. ประเมินระดับที่หนึ่ง

ในขั้นนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา
ในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่น ๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวม
ในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมีนิสัยตาแข็งกร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกายเกร็ง เคลื่อนไหว
ไปมาไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่น หรือ สิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง

ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

จินตนา ยูนิพันธ์ (2527 : 111) ได้สรุปรายละเอียดและเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง ดังต่อไปนี้

| เกณฑ์ | รายละเอียดของพฤติกรรม |
|---|--|
| 1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น | 1. เดินไปเดินมา 2. ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่ง ๆ 3. หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด |
| 2. คำพูดที่แสดงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งท่าทางที่แสดงออกต่อสิ่งของหรือบุคคลที่จะเป็นอันตราย ไม่ว่าจะ เป็นความจริงหรือคิดเอาเองก็ตาม | 1. คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลจริงและไม่จริง 2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบประสาทหลงทางหูหรือทางตา 3. พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบการหลงผิด |
| 3. ความรู้สึกรุนแรง | 1. ท่าทาง เครียดมาก 2. การ เปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด 3. อากาารรุนแรงอย่างทันที |
| 4. ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง | 1. มีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต 2. มีพฤติกรรมรุนแรง เมื่อมีความวิตกกังวลสูง 3. ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต |
| 5. ดื่ม เหล้าหรือคดยา | 1. ในระยะ intoxication 2. ในระยะงดยา |
| 6. มีอาการ OBS อย่างเฉียบพลัน | 1. การ เปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกอย่างทันทีทันใด 2. สับสน เกี่ยวกับ เวลา สถานที่ บุคคล 3. สูญเสียความจำระยะใกล้ |

| เกณฑ์ | รายละเอียดของพฤติกรรม |
|-------|--|
| | 4. ประสาทหลอนทางหู |
| | 5. ประสาทหลอนทางตาโดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การใช้ยา |
| | 6. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ การ กระตุก สั่น ที่สำคัญเมื่อเกิดขึ้นอย่างทันที ทันใด |

2. การประเมินระดับที่สอง

ในขั้นนี้พยาบาลต้องประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้ป่วย นั่นคือ
สิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด

สิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วย เผชิญอยู่ในขณะนั้นและทำให้ต้องมี
ปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดนั้นเอง ซึ่งได้แก่
มีญาติมาเยี่ยม ถูกรบกวนจากผู้ป่วยอื่น เห็นผู้ป่วยอื่นถูกผูกมัด ถูกขัดขวางความต้องการจากเจ้า
หน้าที่ มีพยาธิสภาพที่สมอง หรือผู้ป่วยรับรู้ผิด เนื่องจากอาการทางจิต

สิ่งเร้าร่วม หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมตอบสนอง
ของผู้ป่วย เช่น เคยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมาแล้ว ความเชื่อ เป็นต้น

สิ่งเร้าแฝง หมายถึง ลักษณะประจำตัวผู้ป่วย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรง
ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

3. การระบุปัญหา

เป็นขั้นตอนที่กำหนดปัญหาและสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของ
ผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ การเขียนข้อ
วินิจฉัยทางการพยาบาลนั่นเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2529 : 191) ได้แก่ "ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคล
อื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้" "ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตรายเนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ
อาหารและยา" "ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ" "ผู้ป่วยคบตีบุคคลอื่น



เนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้" เป็นต้น

4. การกำหนดเป้าหมาย

เป็นขั้นตอนที่กำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาลว่า มุ่งให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม เช่นใด ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล เช่น

| ปัญหา | เป้าหมาย |
|--|--|
| 1. ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น | 1. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลใด |
| 2. ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตรายเนื่องจาก ปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา | 2. ผู้ป่วยพักผ่อน รับประทานอาหาร น้ำ และยาตามปกติ |
| 3. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เนื่องจากได้ยิน เสียงคนสั่ง ให้ปฏิบัติ | 3. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายและไม่มีอาการหูแว่ว |
| 4. ผู้ป่วยควบคุมบุคคลอื่น เนื่องจากควบคุมความ โกรธไม่ได้ | 4. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายผู้ใดและสามารถ ระบายความโกรธได้อย่างเหมาะสม |

5. การปฏิบัติการพยาบาล : การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาล

เป็นขั้นตอนที่กำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการพยาบาลก่อนใช้การผูกมัด ขณะผูกมัด และภายหลังการผูกมัด ดังต่อไปนี้

ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง มีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีเป็น
การที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมรุนแรงลง และถ้าผู้ป่วยยังคงแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อไป จึงจะ
เลือกใช้การผูกมัด วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ ดังต่อไปนี้ (Sclafani, 1986 : 8-12)

1. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา
(Therapeutic Environment, and Programming)

สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ ที่หอผู้ป่วย จัดให้มีขึ้น อาจส่ง
ผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ จึงต้อง
ระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงถึง
คุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วย
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น

2. การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal Intervention)

ผู้ช่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรง การที่พยาบาลจะติดต่อกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูด ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้และทักษะ เรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปทีละขั้น

3. ช่วยเหลือโดยทีมการรักษา (Team Approach)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้คำพูดเพื่อการรักษา แบบตัวต่อตัว ก็มีความจำเป็นยิ่งที่ต้องอาศัยบุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา ในการติดต่อกับผู้ป่วย โดยบุคลากรหลายคนต้องใช้คำพูดและท่าทีไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกคุกคาม จุดประสงค์ของการเข้าหาผู้ป่วยของทีมสุขภาพ คือ ให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองให้ได้โดยใช้คำพูด โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกาย (Physical Contact)

4. การรักษาทางยา (Pharmacologic Intervention)

ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็วติดต่อกัน (Rapid Transquilizer) ทางกล้ามเนื้อ ในรายที่รุนแรงมาก ๆ ควรใช้ยาปรับประเทานร่วมด้วย

5. การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Therapeutic Physical Restraint)

เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้วและผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น การผูกมัดที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วย คือ ผูกข้อมือและข้อเท้า

นั่นคือ ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปพยายามใช้การรักษาผู้ป่วยอย่างมีมนุษยธรรม โดยอาศัยเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์เข้ามาช่วย ในผู้ป่วยที่จะเป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น จะพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด แต่จะเลือกใช้เป็นวิธีการสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นใดไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น โดยมีหลักการ ข้อบ่งชี้ และวัตถุประสงค์ในการผูกมัดเพื่อการบำบัดดังจะกล่าวต่อไปนี้

หลักการให้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

1. เป็นการรักษา (As a Therapeutic Intervention)

หลักการนี้กล่าวว่า จะให้การผูกมัดในกรณีที่ทำให้ผู้ป่วยสงบลงหรืออาการดีขึ้นเท่านั้น (Roper and Others 1985 : 21)

2. หลักการแยกผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อม (The Isolation Principle)

แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับสิ่งแวดล้อมได้ หรือมีความหวาดกลัว ระวัง วิตกกังวล ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และควบคุมตนเองไม่ได้ (Whaley and Ramirez 1980 : 13)

3. หลักการจำกัดการเคลื่อนไหว (The Containment Principle)

จำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ด้วยเหตุผล คือ

3.1 เพื่อควบคุมอาการพิษจากแอลกอฮอล์และยาอื่น ๆ

3.2 เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่น

3.3 เพื่อหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรง

3.4 เพื่อป้องกันอันตรายในผู้ป่วยที่ควบคุมตัวเองไม่ได้และมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม

4. ผู้ป่วยร้องขอให้ผูกมัดตน (Patient's Request)

ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกวิตกกังวลว่าตนเองจะควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจร้องขอให้เจ้าหน้าที่ผูกมัดตน

ข้อบ่งชี้ในการให้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

สจิวคและซันดีน (Stuart and Sundeen 1983 : 486) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้สำหรับการให้การผูกมัดเพื่อการบำบัดว่าจะใช้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง กระสับกระส่าย การควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นผู้ป่วยที่ห้ามใช้ยา ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการพักผ่อน อาหารและยา รวมทั้งให้การผูกมัดเมื่อผู้ป่วยร้องขอ ส่วนไรเซนและดีเกียโกโม (Rosen and DiGiacomo 1978 : 229) กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการผูกมัดเพื่อการบำบัดว่าผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมรุนแรง กระสับกระส่ายสับสน อยู่เฉยๆไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่ยอมรับประทานอาหารน้ำและยา การตัดสินใจเสียไป บลึคกับไลออนและคณะ (Block 1976 : 9-10 และ Lion and Other 1972 : 9) มีความเห็นว่า

ใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก กระสับกระส่าย อยู่เฉยๆไม่ได้ แสดงพฤติกรรมทำลายที่รุนแรง ใช้คำพูดยับยั้งไม่ได้อีกแล้ว และไม่สนองตอบต่อยา ที่เลนทีโลและคณะ (Telintelo and Others 1983 : 164) มีความเห็นว่า ใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมุ่งทำอันตรายตนเองและผู้อื่น สับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ โดยสรุปจากผลการศึกษาถึงข้อบ่งชี้ของการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มหรือกำลังทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น สัตว์ รวมทั้งทำลายข้าวของ โดยมีสาเหตุมาจากความโกรธ หรือสูญเสียการรับรู้จากอาการทางจิตก็ตาม
2. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ยาจากเหตุผลใด ๆ ก็ตาม
3. ผู้ป่วยรายที่อยู่เฉยๆไม่ได้ ปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา ซึ่งทำให้ร่างกายได้รับอันตรายและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้คำพูดและการรักษาอื่นใดยับยั้งพฤติกรรมอันตรายต่าง ๆ ได้อีกแล้ว

วัตถุประสงค์ของการผูกมัดเพื่อการบำบัด

ในปี ค.ศ. 1978 โรเซนและดีเกียโกโม (Rosen and DiGiacomo 1978 : 228-232) ได้ส่งแบบสอบถามถึงพยาบาลที่ประจำที่หน่วยจิตเวช โรงพยาบาล VA. Hospital ว่าวัตถุประสงค์ในการใช้ผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชคืออะไร คำตอบก็คือ

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อลงโทษ (30 % ของผู้ตอบทั้งหมด)

ในปี ค.ศ. 1982 American Psychiatric Association's task force ได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้ (Soloff, Guthiel and Wexler 1985 : 677, 679)

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสร้างความเสียหายแก่สิ่งแวดล้อมและก่อความเสียหายรักษา
3. ใช้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมบำบัด
4. เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีมากระตุ้นผู้ป่วย

โดยสรุปวัตถุประสงค์ของการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด คือ

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น ช้ำตัวตาย ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธและการควบคุมตัวเองไม่ได้จากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน
2. เพื่อป้องกันผู้ป่วยสร้างความวุ่นวายแก่สิ่งแวดล้อมและก่อกวนแผนการรักษาอย่างรุนแรง
3. เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากผู้ป่วยอยู่ฝั่งไม่ได้ ไม่ยอมพักผ่อน ไม่รับประทานอาหาร น้ำ อาหารและยา

การพยาบาลก่อนใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

เมื่อพยาบาลสามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยกำลังจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง ก็จะได้ให้การช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามหลักวิชาการพยาบาล โลออนและคณะ (Lion and Other 1972 : 9-10) ได้กล่าวถึงวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนจะใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ดังนี้

1. การใช้คำพูด (Verbal Intervention) เป็นการใช้คำพูดเพื่อให้สติให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย มี 3 ระดับคือ
 - 1.1 โดยปกติผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะรู้สึกหวาดกลัวต่อผลการกระทำ อันเกิดจากการควบคุมตัวเองของเขา เสมอ บางครั้งผู้ป่วยอาจขอความช่วยเหลือหรือบอกความรู้สึก เช่น "ฉันกลัวว่าฉันจะทำอะไรรุนแรงลงไป" หรือ "ช่วยหยุดผมไม่ให้ฆ่าเขาที่เถอะ" นั่นแสดงว่าผู้ป่วยมีความขัดแย้งกันเองในความรู้สึก 2 อย่าง ในกรณีนี้พยาบาลต้องให้ความมั่นใจด้วยการพูดให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า จะดูแลผู้ป่วยไม่ให้เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกลัวเกิดขึ้น "มั่นใจเถอะ เมื่อไรที่คุณลืมตัว ฉันจะเตือนสติคุณเอง"
 - 1.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ และกำลังจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลต้องใช้คำพูดและน้ำเสียงเพื่อหยุดพฤติกรรมนั้น เช่น "คุณ..หยุดเดี๋ยวนี้ละ ฉันไม่อนุญาตให้คุณกระทำเช่นนั้น" หรือ "ฉันไม่ให้คุณใช้เก้าอี้มันตีคนอื่นนะคะ วางมันลงเสียเถอะ.. แล้วเรามาคุยกันนะคะ ดูเหมือนคุณกำลังโกรธ"
 - 1.3 เมื่อไม่สามารถห้ามไม่ให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมโดยการใช้คำพูดที่นุ่มนวล พยาบาลต้องใช้คำพูดที่แข็งขัน เช่น "คุณรู้มั๊ย คุณกำลังจะทำร้ายเขาด้วยเก้าอี้มัน วางมันลงเดี๋ยวนี้ ฉันไม่อนุญาตให้คุณใช้มัน"

2. การใช้ยา พยายามต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการรับประทานยาจะช่วยหยุดพฤติกรรมรุนแรง บังคับผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น

3. การใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพบำบัด เพราะจะทำให้อาการผู้ป่วยสงบลง รู้จักตัวเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ได้ระบายออกซึ่งอารมณ์ ความคับข้องใจ คอหมากับผลงาน (Cubbin 1970) นอกจากนี้กิจกรรมอื่น ๆ ก็ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่อนคลายความรุนแรงของพฤติกรรมได้ เช่น กีฬาฟุตบอล การทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น ขุดดิน กลุ่มมันทนาการบำบัดและอื่น ๆ

และถ้าไม่สามารถใช้วิธีใด ๆ ยังยั้งการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้แล้ว พยายามควรบอกกับผู้ป่วย ผู้ป่วยยังควบคุมตัวเองไม่ได้ แม้ว่าจะได้พยายามช่วยเหลือวิธีต่าง ๆ แล้วก็ตามวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยก็คือ การผูกมัดผู้ป่วยเอาไว้ก่อนและตลอดเวลาจะอยู่เป็นเพื่อนและช่วยเหลือทุกอย่างที่ผู้ป่วยร้องขอ วิธีการนี้จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการผูกมัดง่ายขึ้น (Rosen and DiGiacomo, 1978 : 230) และเมื่อตัดสินใจผูกมัดจะต้องใช้ผ้านุ่ม ๆ หรือสำลีรองบริเวณที่จะมัดก่อนที่จะใช้ผ้ามัด หรือมืองกันผิวหนังของผู้ป่วยลอกและไม่ใช้วิธีผูกมัดที่ทำให้ผิวหนังเสียดสีกัน เช่น เอาแขนมัดติดกับบอกหรือไม่มีผู้ป่วยในท่าที่เคลื่อนไหวลำบากหรืออันตราย เช่น แขนและขาข้างเดียวกัน และต้องใช้เวลาการผูกมัดให้น้อยที่สุด (Bursten, 1975 : 758)

นอกจากนี้ บาราส (Barash 1984 : 36) ได้กล่าวถึงการจัดการทางการแพทย์ที่ควรกระทำและไม่ควรกระทำ ในการจัดการเพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงและ เมื่อพฤติกรรมรุนแรงกำลังจะเกิดขึ้นดังนี้

การพยาบาลเพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรง

ข้อควรปฏิบัติ

1. ช่วยผู้ป่วยให้รู้จักเคารพตนเองโดยแสดงออกว่าพยาบาลเข้าใจความต้องการ
2. เอาใจใส่ได้ตามเสมอว่ามีอะไรบ้างที่ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือ
3. ฟังผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบและสังเกต nonverbal signal
4. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ โดยกล่าวถึงต้นเหตุที่เป็นจริง
5. บอกถึงความ เป็นจริง เกี่ยวกับการรับรู้ขณะนั้น (reality Orientation)
6. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วย เข้าใจพฤติกรรมตัวเอง

7. พยายามต้องเข้าใจกลไกของพฤติกรรมและรู้ว่าต่อไปผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมอย่างไร เพื่อให้การป้องกันได้ถูกต้องทันเวลา

ข้อควรหลีกเลี่ยง

1. ให้ความมั่นใจหรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วยในสิ่งที่พยายามไม่แน่ใจว่าจะกระทำเพื่อช่วย เหลือผู้ป่วยได้
2. แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า เขาจะถูกลงโทษ เนื่องจากการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ

การพยายามเมื่อพฤติกรรมรุนแรงกำลังจะเกิดขึ้น

ข้อควรปฏิบัติ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความโกรธโดยใช้คำพูดให้มากที่สุด
2. ให้ยา prn. เมื่อจำเป็น แทนที่จะใช้ผลกระทบบกกับผู้ป่วย
3. บอกให้ผู้ป่วยมั่นใจอีกครั้งว่า พยายามต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างใด เพื่อให้เขาควบคุมตัวเองได้และบอกว่าพยายามพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอ เมื่อผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้

ข้อควรหลีกเลี่ยง

1. ไม่ควรจัดการทางการพยาบาลโดยลำพัง โดยปราศจากการช่วยเหลือจากบุคลากรอื่น หรือขาดบุคลากรอื่นอยู่ใกล้เคียงที่พอจะช่วยเหลือได้ทันที
2. พยายามแสดงท่าทางก้าวร้าวต่อผู้ป่วย
3. มีคนมามุ่งดูผู้ป่วยมาก
4. พยายามพยายามที่จะสัมผัสผู้ป่วย

การพยายามขณะใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

คามที่ได้อธิบายมาแล้วถึงการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชในสมัยก่อน ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ใดสนใจ ดูแล นอกจากเอนัน้ำเอาอาหารไปให้เท่านั้น ผู้ป่วยต้องทนหนาวทนร้อน อยู่ในสภาพที่แออัด สกปรกไปด้วยอุจจาระ มีสสาวะและเศษอาหาร เมื่อใดที่อาการสงบก็จะได้รับการปลดปล่อยให้เป็นอิสระ การผูกมัดสมัยก่อนจึงดูเป็นเรื่องที่ไร้มนุษยธรรม ไร้ศีลธรรมยิ่งปฏิบัติต่อผู้ป่วยเยี่ยงสัตว์ ทั้งนี้ในสมัยนั้นมีความเชื่อว่าคนเป็นบ้าเพราะผีสิง จึงต้องใช้วิธีดูแลรักษาด้วย

ทราบมา ต่อมาเมื่อ ทีเพล ปลดปล่อยโซ่ตรวน ผู้ป่วยที่ถูกมัดได้รับการดูแลดียิ่งขึ้น อากาศบริเวณที่ปักถ่ายทะเลสาวกขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลความสะอาด ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการรับประทานอาหาร การขับถ่าย หลังจากนั้นต่อมาราวต้นศตวรรษที่ 19 การได้เตียงเรื่องการให้การผูกมัดกว้างขวางขึ้น และเมื่อส่งแบบสอบถามไปยังผู้รักษาผู้ป่วยโรคจิตโรงพยาบาลต่าง ๆ ถึงการใช้การผูกมัดผู้รักษากลุ่มหนึ่งมีความเห็นว่า ควรให้การผูกมัดต่อไป ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมีความเห็นตรงกันข้าม แต่ในการปฏิบัติยังไม่สามารถยกเลิกการผูกมัดได้ ในปี 1883 ได้พยายามกำหนดขอบเขตของการผูกมัดและได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัดไว้ว่า จะไม่ผูกมัดผู้ป่วยติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง โดยไม่ได้ผ่อนคลายการผูกมัด จะต้องตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกชั่วโมง ห้องที่ผูกมัดผู้ป่วยต้องสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก สัจจวตและชันดิน กล่าวว่าการให้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชยังมีความจำเป็นอยู่ แต่การให้การผูกมัดต้องควบคู่กับการให้การพยาบาลที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นขาดเสียมิได้ (Stuart and Sundeen, 1983 : 486) ดังนั้น เมื่อต้องให้การผูกมัด สิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ จึงเริ่มตั้งแต่เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ เตรียมห้องและเตียงที่จะใช้ผูกมัดผู้ป่วย ตลอดจนเตรียมทีมผู้รักษาให้พร้อมและขณะผูกมัดก็ต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

โลออนเชื่อว่า การผูกมัดไม่ใช่เป็นการสิ้นสุดของการพยาบาล ผู้ป่วยต้องไม่ถูกทอดทิ้งตามลำพัง มิฉะนั้นผู้ป่วยจะแปลการผูกมัดเป็นการทำโทษและเป็นเรื่องเศร้า (Sadlistic) เบอร์สเตน (Bursten 1975 : 757) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ว่าต้องใช้เวลาในการผูกมัดน้อยที่สุด และกล่าวถึงการดูแลด้านร่างกายอื่น ๆ ด้วย โรเซนและดิเกียโกโม (Rosen and DiaGiacomo, 1978 : 229) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัด ในแง่ความปลอดภัย ความสุขสบายและการสนทนาเพื่อให้สภาพจิตใจผู้ป่วยดีขึ้น และในปี ค.ศ. 1982 American Psychiatric Association's Task Force (Soloff : Gutheil and Wexler, 1985 : 677, 679) ก็ได้สร้างคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ในเรื่องของความปลอดภัย และการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากแนวคิดทั้งหมดนี้ สามารถสรุปแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะผูกมัดดังนี้

1. ต้องเอาไม้กันเตียงขึ้นทุกครั้งที่ถูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียง
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อการรักษา (Nurse Patient Relationship)
3. ต้องมีเจ้าหน้าที่ตรวจเยี่ยมและเช็คสัญญาณชีพจรทุก 15-30 นาที สังเกตสี

ผิวหนัง ปล่อยการผูกมัดให้หลวมและปลดปล่อย แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งชั่วโมงละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้แขนหรือขาข้างนั้น

4. ต้องมีแพทย์มาเยี่ยมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และการเยี่ยมทุกครั้งต้องทบทวนแผนการรักษา
5. ต้องให้ผู้ป่วยได้มีสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
6. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารในเวลาปกติ และต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลารับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานน้ำและอาหารและมีแนวโน้มจะขาดน้ำและสารอาหาร ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้สารถนำสารอาหารทางหลอดเลือด
7. ผู้ป่วยต้องได้รับยาตามแผนการรักษา
8. อนุญาตให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการ (Rosen 1978 : 231)

ข้อบ่งชี้สำหรับการปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด

โรเซนและคณะ (Rosen and Others, 1985) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดผู้ป่วยนั้น ขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้

1. ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย
2. วัตถุประสงค์ของการผูกมัด
3. พฤติกรรมเป้าหมาย (target symptom) ที่พยาบาลต้องการ เช่น กำหนดว่าจะปลดปล่อยเมื่อผู้ป่วยยอมรับประทาน น้ำและยา รับรู้เวลาและสถานที่ ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น

ดังที่กล่าวแล้วว่า ระยะเวลาในการผูกมัดผู้ป่วย แตกต่างกันไปตามปัจจัยข้างต้น และนอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนวทางสำหรับการตัดสินใจปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด คือ วาเลและรามิเร (Whaley and Ramirez, 1980) กับโรเซนและคณะ (Rosen and Others, 1985) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัดดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรง ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น สัตว์และข้าวของเครื่องใช้
2. รับรู้เวลา สถานที่ บุคคลปกติ และมีความสนใจเพิ่มขึ้น (Attention spare) การตัดสินใจดีขึ้น
3. อารมณ์คงที่ อยู่ในโลกของความจริง (Reality) ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน
4. ไม่กระสับกระส่าย ความวิตกกังวลลดลง

5. ความดันโลหิตปกติ
6. รับประทานอาหาร น้ำ อาหารและยาตามปกติ และนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติ

ข้อห้ามสำหรับการใช้การผูกมัดผู้ป่วย

สำหรับข้อห้ามในการใช้การผูกมัดผู้ป่วย โรเซนและคณะ (Rosen and Others, 1985) และเบอร์สเทน (Bursten, 1975) มีความเห็นตรงกันในเรื่องข้อห้ามการผูกมัด คือ

1. ห้ามใช้การผูกมัดเป็นการลงโทษผู้ป่วย
2. ห้ามใช้เป็นการระบายความคับข้องใจ ไม่พอใจของเจ้าหน้าที่ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ป่วย
3. ห้ามใช้เป็นข้อต่อรองเพื่อการบังคับผู้ป่วย เข้ากลุ่มบำบัด
4. ห้ามใช้การผูกมัดก่อนที่จะหาวิธีช่วยเหลือผู้อื่นโดยวิธีอื่น ๆ แล้ว

การช่วยเหลือภายหลังการผูกมัด

เมื่อผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อยจากการผูกมัด พยาบาลก็ต้องดูแลผู้ป่วยต่อไปดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวเพื่อการรักษา เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงและกำหนดวิธีการช่วยเหลือต่อไป
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยกิจกรรมต่าง ๆ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกขณะผูกมัด ความรู้สึกต่อการพยาบาลที่ได้รับอย่างอิสระ
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของเขาเองในโอกาสต่อไป

6. การประเมินผลการพยาบาล

เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น "ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม" "ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงน้อยลง" "ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย" เป็นต้น

ชนิดของการผูกมัด (Type of Restraint)

ชนิดของการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีมากมายหลายวิธี แต่ละวิธีก็มุ่งจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากน้อยต่างกัน เช่น ให้เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ให้สามารถช่วยตัวเอง เช่น บ้อนอาหารหรือให้สามารถเดินได้ เหล่านี้เป็นต้น ดิวเฮิสท (Dewhurst, 1970) และ เบอร์สเตน (Bursten, 1975) โรเปอร์และคณะ (Roper and Others, 1985) ได้กล่าวถึงวิธีการผูกมัดไว้ดังต่อไปนี้

1. Bodyband Restraint ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง ใช้ผ้ารัดบริเวณหน้าท้อง แล้วไขว้ผ้าอ้อมหลังผู้ป่วย แล้วนำปลายไปผูกยึดกับเตียงด้านตรงข้าม วิธีนี้มีผู้กล่าวว่า เหมือนกับนักเดินร่าชาวฮิปป์ คือ สายคาดเอวจะคาดจากด้านหน้าอ้อมไปด้านหลังไขว้กันเป็นโบว์ห้อยลงมาอย่างสวยงาม (Dewhurst, 1970)

2. The Posey Belt เป็นวิธีง่าย ๆ ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าที่มีความกว้างประมาณ 6 นิ้ว วางทาบบนลำตัว แล้วไขว้ปลายผ้าผูกติดแน่นกับเตียง เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (Dewhurst, 1970)

3. Wrist and Ankle Restraints เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกข้อมือและหรือข้อเท้าของผู้ป่วย มีอยู่หลายชนิดคือ

3.1 Two Point Restraint เป็นการผูกมัดที่ข้อนิ้วหัวแม่มือของผู้ป่วย 2 ส่วน คือ

3.1.1 การผูกมือทั้งสองข้าง (Roper, 1985)

3.1.2 การผูกขาทั้งสองข้าง

3.1.3 การผูกมือและขาด้านตรงข้ามติดกับเตียง (Bursten, 1975)

3.1 Four Point Restraint เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกทั้งข้อมือและข้อเท้าของผู้ป่วยทั้งหมดติดกับเตียง เป็นวิธีที่สามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ได้ผลมากที่สุดวิธีหนึ่ง

4. The Safty Vest หรือ Strait Jacket หรือการขังเสื้อ เป็นการผูกมัดผู้ป่วยให้นั่งติดกับเก้าอี้ เก้าอี้ล้อเลื่อน หรือเสา โดยให้ผู้ป่วยสวมเสื้อมีลักษณะเหมือนเสื้อม่อข้อม ที่ด้านข้างและด้านหน้าของเสื้อ มีผ้ายาวสำหรับใช้ผูกยึดกับเก้าอี้หรือเสา

5. The V-Type Restraint เป็นวิธีผูกมัดผู้ป่วยในลักษณะที่ผู้ป่วยครึ่งนั่งครึ่งนอนอยู่บนเตียง โดยใช้ผ้าพันรอบอกผู้ป่วยบริเวณใต้รักแร้ โดยพันจากหลังไปหน้า เมื่อพันได้หนึ่งรอบให้ผ้าไขว้ข้ามไหล่ด้านตรงกันข้ามไปวนรอบคอผู้ป่วย และนำปลายผ้าทั้งสองผูกยึดกับหัวเตียง วิธีนี้ไม่นิยมใช้เพราะถ้าผู้ป่วยดิ้นจะทำให้ผ้าที่ผูกแน่น ผู้ป่วยหายใจไม่ออก อาจตายจากการขาดออกซิเจนได้ (Asphyxiation)

6. Mussadiq Manacuvre ใช้วิธีการเดียวกับการเข้าเสื้อ ให้ผู้ป่วยสวมกางเกงหลวม ๆ ขาสวมส่วนที่เรียกว่าเปียจามา (Pyjama) ซึ่งผูกติดกับเก้าอี้ ด้านหลังของกางเกงและเก้าอี้ จะมีช่องสำหรับอุจจาระและปัสสาวะได้ วิธีนี้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้สะดวก สามารถเข็นรถไปด้วยตัวเองได้ แต่ไม่สามารถหนีออกจากเก้าอี้ได้

7. Geriatric Chair เป็นเก้าอี้เหมือนเก้าอี้ทั่วไป พิเศษที่ด้านข้างของเก้าอี้ต่อด้วยไม้ขึ้นข้างบนประมาณ 14 เซนติเมตร เมื่อผู้ป่วยลงนั่งเก้าอี้เรียบร้อยแล้ว จะมีไม้ 2 อันไขว้กันเป็นรูปกากบาท ปิดกั้นผู้ป่วยข้างบน เพื่อกันผู้ป่วยออกจากเก้าอี้ วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขึ้นลงได้เล็กน้อย

8. Sheet Restraint ใช้ผ้าปูที่นอนห่อตัวผู้ป่วยในลักษณะมัมมี่

9. Cold wet sheet pack การใช้ผ้าปูที่นอนห่อหุ้มร่วมไปกับการใช้ความเย็นประคบ โดยผูกมัดผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่งในลักษณะมัมมี่ ชั้นในสุดเป็นผ้าปูที่นอนที่จุ่มในน้ำเย็นเกือบแห้ง วิธีนี้จะได้ผลดีถ้าห่อหุ้มผู้ป่วยได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะไม่ได้ผล

และนอกเหนือจากที่กล่าวมานี้แล้ว โรงพยาบาลในประเทศไทยอาจใช้วิธีแตกต่างออกไปอีก เช่น การผูกเอวผู้ป่วยและผูกมัดไว้กับเสาหรือลูกกรง และอีกวิธีหนึ่งคือ มัดเท้าข้างเดียวติดกับเสา ซึ่งทั้งสองวิธีผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สำหรับบางวิธีของการผูกมัดไม่ได้นำมาใช้ในโรงพยาบาลประเทศไทย เช่น Mussadiq Manacuvre, Geriatric chair และ V-Type restraint

การจะเลือกใช้เครื่องผูกมัดควรจะดูอาการและความจำเป็นที่เห็นจากตัวผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความงุนงง ลับสน การผูกมือและเท้าติดกับเตียงก็เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอยู่เฉยไม่ได้ อาจใช้ผูกมัดมือและเท้าผู้ป่วยไว้กับเตียง และอาจใช้ร่วมกับยาสงบประสาท สำหรับผู้ป่วยที่อะอะ คลุ้มคลั่ง ไม่ยอมให้ความร่วมมือในเรื่องการรักษา เราจำเป็นต้องใช้เครื่องผูกมัดที่มีความแข็งแรงขึ้น ผูกมัดผู้ป่วยให้อยู่กับเตียง เสื้อสำหรับการผูกมัดจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้

เพราะ เลือดจะช่วยผูกมัดส่วนลำตัวผู้ป่วยให้ติดกับเตียง และอาจจะต้องใช้ผ้าผูกมัดมือและเท้าร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยประเภทนี้มักจะหาทางแก้เชือกผูกมัด ถ้าไม่ผูกมัดมือและเท้าไว้ด้วย สำหรับช่วงเวลาในการผูกมัด ขึ้นกับว่าอาการผู้ป่วยสงบรับรู้ความจริงหรือยัง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วาเลและราไมเร (Whaley and Ramirez 1980 : 16) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด โดยสอบถามกับพยาบาลหน่วยจิตเวชโรงพยาบาล VA. Hospital โดยให้ตอบคำถาม 3 ข้อ คือ

1. ทำไมจึงต้องผูกมัดผู้ป่วย
2. ทำไมจึงเลือกใช้การผูกมัด
3. ท่านใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด

ผลของการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยถูกผูกมัด คือ พฤติกรรมรุนแรง ความคุมตัวเองไม่ได้ เลือกใช้การผูกมัดเพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่น และเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และจะปลดปล่อยผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ พูดจาไร้เรื่อง หรือเมื่อทีมการรักษาตัดสินใจร่วมกันที่จะปลดปล่อยผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ วาเลกับราไมเร ได้นำข้อสรุปไปสร้างหลักการในการผูกมัดผู้ป่วย 3 ประการคือ หลักการแยกผู้ป่วย (Isolation Principle) หลักการจำกัดการเคลื่อนไหว (The Containment Principle) และผู้ป่วยร้องขอ (Patient Request)

ทีเลนท์โลและคณะ (Telintelo and Others, 1983) ศึกษาการใช้การผูกมัดในหน่วยพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Room) ผู้ป่วยจำนวน 697 คน เหตุผลหลักของการผูกมัดคือ เพื่อควบคุมผู้ป่วยไม่ให้ทำอันตรายผู้รักษาก่อนที่จะได้รับยาเพื่อสงบอาการ พบว่า 24 % ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันที ถูกผูกมัด และ 60 % ของผู้ป่วยที่ถูกมัดจำเป็นต้องใช้การผูกมัดทันทีก่อนที่จะให้การช่วยเหลืออย่างอื่นต่อไป อีก 40 % ถูกมัดเพื่อให้อาการสงบ ไม่ทำอันตรายผู้ใด ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกมัดนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย สีดำ ยาจน มีโรคทางจิตเวช หรือพิษจากยาอาการที่แสดงก่อนการผูกมัดคือ พฤติกรรมรุนแรงโดยทำอันตรายตัวเองและบุคคลอื่น กระสับกระส่ายเดินไปเดินมา อยู่นิ่งไม่ได้ สับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้

โรเปอร์และคณะ (Roper and Others, 1985) ศึกษาการใช้การผูกมัดและห้องแยกจำนวน 43 ครั้ง (ผู้ป่วย 33 คน) พบว่า 64 % เป็นพวกผิวขาว 27 % เป็นพวกผิวดำ

และอีก 3 % เป็นอีทีทีนิค อายุเฉลี่ย 39.9 ปี (พวกที่มีอายุ 30-39 ปี มีถึง 45 %) การวินิจฉัยโรคพบว่า 69 % เป็นจิตเภท 17 % เป็นโรคจิตทางอารมณ์ 4 % เป็นพวกกลุ่มอาการทางจิต เนื่องจากสมองพิการ (O.B.S.) กับบุคลิกภาพแปรปรวน อีก 11 % เป็นโรคจิตอื่น ๆ โรเปอร์และคณะ ยังได้ศึกษาชนิดของการผูกมัดว่าการใช้การผูกมัดชนิดสี่จุดและสองจุด 28 % และ 23 % ตามลำดับ (ใช้ห้องแยก 42 %) ในเรื่องช่วงเวลาที่ถูกผูกมัด 26 % ถูกผูกมัดตอนกลางวัน 15 % เริ่มผูกมัดตอนกลางวัน หยุดตอนบ่ายหรือกลางคืน 13 % เริ่มผูกมัดตอนบ่ายและหยุดตอนดึก 11 % เริ่มผูกมัดกลางคืนและหยุดกลางคืน ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 17 นาที นอกจากนี้ โรเปอร์และคณะ ยังได้สร้างมาตรฐานการพยาบาล (Nursing Standard) ในผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดหรือถูกแยกในห้องแยก

บอร์นสไตน์ (Bornstein, 1985) ศึกษาการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทางด้านประชากร (Demographic Data) ระหว่างผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด (77 คน ผูกมัด 109 ครั้ง) กับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส โสด หย่า แยกกันอยู่ อายุน้อย โรคจิต กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองพิการ บุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ผูกมัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผิว ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและเมื่อดูในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดพบว่า เพศชาย 61.5 % อายุเฉลี่ย 33.4 ± 14.5 ปี ผิวขาว 83.3 % อื่น ๆ อีก 14.7 % สถานภาพสมรสหย่าหรือแยก 46.8 % โสด 31.2 % แต่งงาน 22.0 % ในเรื่องอาชีพ 60.6 % ไม่มีอาชีพ ส่วนการวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตสูงสุด 57.8 % นอกจากนั้นเป็นกลุ่มอาการทางจิต เนื่องจากสมองพิการ บุคลิกภาพแปรปรวน พิษสุราเรื้อรังและพิษจากยา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการถูกผูกมัด บอกแน่นอนไม่ได้สูง 58.7 % ถูกขัดใจ 19.3 % นอกจากนั้นคือหลังจากพบแพทย์ หลังจากพบญาติ และเห็นผู้ป่วยอื่นถูกผูกมัด ส่วนพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนการถูกผูกมัด ได้ข้อสรุปเหมือนโซลอฟ (Soloff 1978) มีดังนี้ ใช้คำพูดดูต่ำผู้อื่นและซ้ำเติมตนเอง ทำอันตรายตนเอง และผู้อื่น พยายามฆ่าตัวตาย และพบว่า 70 % เคยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน การช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการถูกผูกมัดคือ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการรักษาแบบตัวต่อตัว บอกให้ผู้ป่วยนอนที่เตียง ให้อยู่ห้องแยก จัดกิจกรรมให้ผ่อนคลายความก้าวร้าว อื่น ๆ 39 % ของผู้ป่วยได้รับยาระงับประสาทขณะผูกมัด พยาบาลเชื่อว่า เพียง 11 % ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับประสาทอย่างเพียงพอ และนอกจากนี้ บอร์ส เตนยังได้ศึกษาถึงรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะผูกมัด กล่าวคือ 78.8 % ของผู้ป่วยต่อต้านการผูกมัด ขณะผูกมัดมีผู้ได้รับบาดเจ็บ 5.5 % ระดับการ

ฝึกฝนของพยาบาลไม่มีผลใด ๆ ต่อการใช้การผูกมัด แต่ลักษณะ โครงสร้างของผู้ร่วมทีมพยาบาล มีผลต่อการผูกมัดคือ 63 % ของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเกิดขึ้น เมื่อมีเจ้าหน้าที่ชายน้อยกว่า 2 คน ในเวรนั้น เพียง 9 % ที่เกิดขึ้น เมื่อมีเจ้าหน้าที่มากกว่า 3 คน การตัดสินใจสั่งการผูกมัด 83 % มาจากพยาบาลหัวหน้าเวร อีก 17 % มาจากแพทย์ 78 % ของผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลายการผูกมัดก่อนการปลดปล่อย

ฟิลิป และนาร์ส (Phillipe and Nars, 1983) ได้ศึกษาการใช้ห้องแยก การใช้กั้วร ใช้การผูกมัดและการทำนายพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 69 คน ในเรื่องของข้อมูล ทางด้านประชากร พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดส่วนมากอายุเฉลี่ย 30 ± 9 ปี เพศชาย ศึกษาคำ การวินิจฉัย ไซคีมีจิตเภท ซึมเศร้า คลุ้มคลั่ง พิษสุราเรื้อรัง บุคลิกภาพแปรปรวน และอื่น ๆ ส่วน พฤติกรรมก่อนการผูกมัดคือ กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา ความคุมตัวเองได้น้อย ทำอันตราย ตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ยังมีข้อเขียน ในผู้ป่วยจิต เวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงอีกหลายท่าน

ไลออน และคณะ (Lion and Others, 1972) ได้เสนอว่า การใช้การผูกมัดจะต้อง เป็นวิธีการสุดท้าย เมื่อใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลอีกแล้ว

เวนตูรา (Ventura, 1974) ได้กล่าวถึงประวัติการปลดปล่อยผู้ป่วยจิต เวชและการ เริ่มให้การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม (Moral Treatment) ประวัติการผูกมัดและความขัดแย้งของ กลุ่มผู้รักษาใน เรื่องของความจำเป็นในการปลดปล่อยหรือผูกมัดผู้ป่วยต่อไป รวมทั้งความพยายาม ทำทางรักษาผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการผูกมัด และหาข้อตกลงถึงปัจจัยที่จำเป็น เพื่อพิจารณาตัดสินใจ ผูกมัดผู้ป่วย

บล็อค (Brock, 1976) ได้กล่าวถึงการเตรียมนักศึกษาพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วย จิตเวช โดยกล่าวถึงอาการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้การผูกมัดคือ กระสับกระส่าย วิดกกังวล ทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและอธิบาย เหตุผลของการผูกมัด

โซลอฟ (Soloff and Others, 1985) ได้ทบทวนวรรณคดี 13 เรื่อง เกี่ยวกับ การใช้ห้องแยกและใช้การผูกมัดในหลายทิศทาง แต่ โดยสรุปคือ การตัดสินใจผูกมัดหรือใช้ห้องแยก ขึ้นกับองค์ประกอบหลัก 2 อย่างคือ สภาพของผู้ป่วยและปรัชญาของหน่วยงานนั้น และได้สรุป พฤติกรรมผู้ป่วยก่อนการผูกมัดหรือขังห้องแยกจากการศึกษาของแต่ละคน

โดยสรุปจากผลงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าว เสนอในตารางต่อไปนี้

ข้อมูลด้านประชากร

| | บอร์นสไตน์ (Bornstein) | โรเปอ์ (Roper) | ฟิลลิปและนาร์ส (Phillipe and Nars) | ทีเลนที ไคและคณะ (Telentelo and Others) |
|---------------------------|---------------------------|-------------------|--|---|
| เพศชาย | 61.5 | 60.1 | 59 | ส่วนมากเป็น เพศชาย |
| เพศหญิง | 38.5 | 39.9 | 41 | |
| อายุ | 34 4 ⁺ 14 5 | | | |
| สถานภาพ ใต้ | 31.2 | | | |
| หย่า/แยก | 46.8 | | | |
| แต่งงาน | 22.0 | | | |
| อาชีพ-ไม่มีงานทำ | 60.6 | | | ส่วนมากไม่มีงานทำ |
| มีอาชีพ | 22.9 | | | |
| การวินิจฉัย โรค- โรคจิต | 57.8 | 61 | 26 | ส่วนมากเป็น โรคจิต และพิษจากยา |
| อาการทางจิต เนื่องจากสมอง | | | | |
| พิการ | 15.6 | 4 | | |
| บุคลิกภาพแปรปรวน | 14.7 | | 14.5 | |
| อารมณ์แปรปรวน | | 17 | 20.3 | |
| พิษสุราเรื้อรัง | | | 14.15 | |
| อื่น ๆ | 11.9 | 11 | 18.9 | |

ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนการผูกมัด

| ผู้ศึกษา | จำนวนครั้ง/ จำนวนผู้ป่วย | พฤติกรรมก่อนการผูกมัด | เปอร์เซ็นต์ |
|--|-----------------------------|---|-------------|
| โซลอฟ (Soloff, 1978) | 111 คน | ก่อนวางสภาพแวดล้อม กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำอันตราย บุคคลอื่น | 35.1 |
| ฟิลลิปและนาร์ส (Phillipe and Nars, 1983) | 69 คน | อื่น ๆ (แสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อ ตนเอง ต่อต้านการรักษา ฯลฯ) | 16.2 |
| | | กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา | 39 |
| | | ควบคุมตัวเองได้น้อย | 30 |
| บอร์นสไตน์ (Bornstein, 1987) | 77 คน 109 ครั้ง | ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น | 57.7 |
| | | ใช้คำพูดคุกคามตนเองและผู้อื่น | 28.5 |
| | | ไม่ทราบสาเหตุ | 22 |
| ทีเลนทีโลและคณะ (Telinlelo and Others, 1983) | 697 | กระสับกระส่าย สับสน ทำอันตราย ตนเองและผู้อื่น | 60 |
| | | ควบคุมตนเองไม่ได้ | 40 |
| เกอร์กิสและดูรอส์ (Guirguis and Durost 1978) | | | |
| หน่วยจิตเวชโรงพยาบาล ทั่วไป | 86 คน | พฤติกรรมรุนแรง | 80.2 |
| | | สับสน กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา ผู้สูงอายุที่หลงลืม | 67.4 |
| โรงพยาบาลจิตเวช | 39 คน | พฤติกรรมรุนแรง | 82 |
| | | สับสน กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา | 53.8 |
| | | ผู้สูงอายุที่หลงลืม | 74.4 |
| ศูนย์มีจิตเวช | 21 คน | พฤติกรรมรุนแรง | 71.4 |
| | | สับสน กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา | 33.3 |
| | | ผู้สูงอายุที่หลงลืม | 14.3 |