

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วย
พฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำราวิชาการ
เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อ
การศึกษานำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 1.1 ความหมายและลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.2 การเกิดพฤติกรรมรุนแรง
 - 1.3 ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.1 การประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อความปลอดภัย
 - 2.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.3 การจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด
 - 2.3.1 วัตถุประสงค์ของการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด
 - 2.3.2 ชนิดของการผูกมัด ข้อห้ามในการผูกมัด วิธีการผูกมัด การดูแลระหว่างและหลังแก้ผูกมัด ข้อบ่งชี้ในการแก้ผูกมัดผู้ป่วย
 - 2.3.3 มาตรฐานการใช้การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บ
 - 3.1 ความหมายองค์ประกอบและกลไกการเกิดบาดเจ็บจากการผูกมัด
 - 3.2 องค์ประกอบและกลไกการเกิดบาดแผล
 - 3.3 การประเมินการบาดเจ็บ ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน
4. การบริหารความเสี่ยง
 - 4.1 ความหมายและกระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 4.2 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงด้วยการผูกมัด
 - 4.3 พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยง
 - 4.4 แนวทางในการบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับ
การผูกมัดสำหรับพยาบาล
- 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1.1. ความหมายและลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

1.1.1. ความหมายพฤติกรรมรุนแรงมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงไว้หลายท่านดังนี้

พฤติกรรมรุนแรง (Violence) หมายถึงความเดือดดาล การใช้กำลังโดยพลการ ทำลายสิ่งของ ละเมิด ารสบประมาท การทำให้บาดเจ็บ รือหนักไป แรงไป ความก้าวร้าวทางร่างกาย หรือเกะกะระรานทางร่างกาย พฤติกรรมรุนแรงยังหมายถึงพฤติกรรมก้าวร้าวแบบสุดๆ ที่มีลักษณะคือ บันดาลอารมณ์โกรธออกมาอย่างกระทันหัน ใช้กำลังทำให้เกิดการบาดเจ็บขึ้นทันที หรือทำร้ายบุคคล ทำลายสิ่งของหรือองค์กร (ธีระ ลีลาพันธ์, 2541)

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อการทำลายและการที่จะเอาชนะสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527)

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการกระทำเนื่องจากความคิด ความรู้สึกที่ก้าวร้าวมีผลให้การกระทำดังกล่าวรุนแรงจนก้าวร้าวผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการกระทำ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527)

พฤติกรรมรุนแรง เป็นภาวะที่บุคคลขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง และไม่มีวิธีที่จะสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสม จึงแสดงพฤติกรรมเดิมที่ไม่ได้ถูกขัดเกลามาเต็มที่และส่งผลในทางทำลาย (อุบล นิวัติชัย, 2528)

พฤติกรรมรุนแรง เป็นความก้าวร้าวในระดับสูงสุด (extreme aggression) จากความก้าวร้าวทั้งหมด 4 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และสูงสุด โดยในระดับสูงสุดนี้ถือว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกทั้งด้านคำพูด สีหน้าและท่าทาง (McFarland & Thomas, 1990)

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและทำลายสิ่งของ (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2539; Wilson & Kneisl, 1996)

พฤติกรรมรุนแรง เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญและเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชที่อาจใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินและการวินิจฉัยโรคต่างๆได้แก่ โรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงคิดว่าตนเองจะถูกปองร้าย (schizophrenia paranoid type) การหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ และมีความโกรธร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังจากเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้มีความตึงเครียดทางจิตใจ (Johnson, 1997)

ในการศึกษาคั้งนี้พฤติกรรมรุนแรงหมายถึง ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถแสดงออกได้ทั้งคำพูดและการกระทำโดยอาจแสดงพฤติกรรมข่มขู่ ตะคอก คุกคามต่อพยาบาล ต่อผู้ป่วยอื่น และญาติที่มาเยี่ยม เป็นการแสดงออกโดยการใช้คำพูดที่รุนแรง

การแสดงพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายออกมา ได้แก่ แสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและทำลายสิ่งของ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคนไม่แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นแต่จะเก็บกอดความรู้สึกไว้ภายใน อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองจนได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้

1.1.2. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมีหลากหลาย พฤติกรรมทั้งด้านคำพูดและการกระทำ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปสู่การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสามารถแสดงออกได้ทั้งด้านคำพูด ด้านการกระทำ ทางด้านคำพูดจะแสดงออกมาเมื่อมีความคับข้องใจโกรธไม่สบายใจ โดยแสดงพฤติกรรมตะคอกข่มขู่ คุกคามต่อบุคลากร พยาบาล ผู้ป่วยอื่น และญาติที่มาเยี่ยม ซึ่งแสดงออกโดยการใช้คำพูดที่รุนแรงและจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายออกมา ได้แก่ แสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและทำลายสิ่งของ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคนไม่แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นแต่จะเก็บกอดความรู้สึกไว้ภายใน ไม่ต้องการแสดงออกหรือระมัดระวังในการแสดงพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากกลัวสูญเสียการควบคุมตนเองแต่อาจแสดงออกมาในลักษณะวิตกกังวล หรือไม่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือถ้ามีอาการมากขึ้น อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองจนได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต จิตจำนง ผลพฤษา (2540) กล่าวถึงพฤติกรรมรุนแรงไว้ดังนี้

1.) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ ขาดความอดทนอยู่หนึ่งไม่ได้ อารมณ์สิงโลด มีท่าทางไม่เป็นมิตร ไม่พอใจ เจ็บแค้นผิดปกติ ปฏิเสธความจริง มีความกลัว มีความวิตกกังวลสูง

2.) ด้านความคิดผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ การรู้จักตัวเอง ซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

3.) ด้านพฤติกรรมทั้งด้านคำพูดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพูดดำเนินคดีเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบค้าย ส่งเสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พุดเร็ว พุดไม่ต่อเนื่อง พุดจนเสียงแหบ ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่ดี ไม่สนใจเรื่องการกินการนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทก หรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางกามารมณ์สูง ทบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ หาเรื่องวิวาท ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ชกต่อย ทบตี ใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่น

1.2. การเกิดพฤติกรรมรุนแรง

การเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีผู้ให้แนวคิดไว้หลายแนวคิดได้แก่ แนวคิดทางจิตวิทยา แนวคิดทางชีวภาพ แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม และแนวคิดทางสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1.2.1. แนวคิดทางจิตวิทยา (psychological perspective) แนวคิดนี้ได้มีบุคคลกล่าวไว้หลายคนเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์พฤติกรรมรุนแรงได้แก่ ทฤษฎีของ Lorenz (1966 cited in Lancaster, 1988) เชื่อว่าความรุนแรงเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เป็นสัญชาตญาณของมนุษย์คล้ายกับความหิวความกระหาย ในการพัฒนาของความรุนแรงนั้นเป็นการพัฒนามาจากภายในทั้งหมด ไม่มีอิทธิพลภายนอกมาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะรุนแรงจะปรากฏอยู่ในยีนส์ ถ้ามีสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสมจะเกิดการต่อต้านสิ่งนั้นจนเกิดความรุนแรงขึ้นได้

สำหรับความคิดในแนวคิดของ Freud (1920 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) ระบุเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงไว้ในหนังสือ The goal of life is death ปี ค.ศ. 1920 กล่าวถึง Death instinct ไว้ว่า ในส่วนลึกของจิตได้สำนึก มนุษย์ปรารถนาจะตาย ลักษณะที่เด่นชัดของสัญชาตญาณนี้คือแรงกระตุ้นให้ก้าวร้าวและทำลาย บุคคลจะแสดงความก้าวร้าวต่อตนเองและ ผู้อื่นมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสมจะมีพลังความรุนแรงติดค้างแฝงอยู่ในจิตได้สำนึก และพลังส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีค่อนข้างซับซ้อน นับเป็นพลังที่สำคัญของจิตซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจ จึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความผิดปกติทางพฤติกรรมหลาย ๆ รูปแบบ (Roilant & Deppoliti , 1996)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) กล่าวไว้ว่า การเกิดพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลเกิดจากการสังเกตและการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งที่ได้รับภายหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมรุนแรงแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต (Bandura, 1973 cited in Zillmann, 1979)

ในการศึกษาของ Novaco (1976) ซึ่งให้เห็นว่า ความรุนแรงนั้นเกิดจากกระบวนการความคิด โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ต่างๆว่าเป็นสิ่งคุกคาม กระบวนการคิดจากการประเมินนี้นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

นอกจากนี้ Beck (1988) กล่าวถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงว่า พฤติกรรมรุนแรงอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือสะสมเป็นแบบแผนมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มตั้งแต่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองถูกคุกคาม หรือมีความต้องการในบางสิ่งแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสิ่งที่คุณค่านั้นอาจมีตัวตนหรืออาจเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดในผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้นจะเริ่มมีความ

เครียด ความวิตกกังวล ถ้าความรู้สึกนี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดความโกรธ ถ้าได้ระบายออกมาด้วยคำพูดจะทำให้ความเครียดลดลงความโกรธจะหายไป แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีความรู้สึกต้องการอำนาจ มีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่เพียงพอ ต่อต้าน ปฏิเสธความโกรธ ทำให้ความโกรธไม่ได้ออก ยังคงอยู่ภายใน จิตใจบุคคลนั้น และทวีความรุนแรงขึ้นเป็นความอาฆาตแค้น ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องอีกผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา

1.2.2. แนวคิดทางชีวภาพ (biological perspective) จากการศึกษามากมายเกี่ยวกับพื้นฐานทางชีวภาพของพฤติกรรมรุนแรง เช่น ด้านกรรมพันธุ์ อาจเกิดความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ โดยเฉพาะความผิดปกติของ XXY โครโมโซมในเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของ Schiavi, Theilgaard และ Owen (1984) พบว่ามีโครโมโซมวายชนิดพิเศษ (extra Y chromosome) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในด้านฮอร์โมนจากการศึกษาของ Dabbs, Jurkovic และ Frady (1991) พบว่าในผู้ชายที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงมีฮอร์โมน testosterone จำนวนมากกว่าระดับปกติ ส่วนในผู้หญิงอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในผู้หญิง คือระดับของ estrogen และ progesterone ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ ในด้านสารสื่อประสาทนั้น เกิดจากการหลั่ง norepinephrine มากกว่าปกติ จากการศึกษาของ Glazer และ Dickson (1998) พบว่า ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอัตราการเผาผลาญของ Dopamine มากกว่าปกติ และการใช้ยา clozapine สามารถลดระดับของจำนวน Dopamine ลงได้ ส่วน serotonin จะมีจำนวนน้อยลง (Krakoski & Czober, 1994)

ส่วนด้านสรีรวิทยาของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของสมองจากการกระทบกระเทือน การมีรอยโรค หรือสื่อไฟฟ้าในสมองผิดปกติการเป็นโรคลมชักชนิด temporal lobe epilepsy ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อสมองส่วน hypothalamus และ amygdala ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Garza – Trevino, 1994) นอกจากนี้ เพศเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูทำให้บุคลิกภาพ อุปนิสัย ความคิด ความรู้สึกมีความแตกต่างกันออกไป (Glazer & Dickson, 1998)

1.2.3 แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural perspective) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยม ทัศนคติ แบบแผนของพฤติกรรม ที่นำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง โดยในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ ซึ่งในการพิจารณาที่มาของพฤติกรรม อารมณ์ กลไกการเกิดพฤติกรรมนั้นย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่ง Blue และ Griffith (1995) ได้กล่าวไว้ว่า ในสังคมอเมริกันมีความรุนแรงมากกว่าสังคมอื่น เนื่องจากสังคมดังกล่าวมีความเป็นอิสระไม่จำกัดชนชาติในการเข้าอยู่อาศัยทำให้มีความหลากหลายในเชื้อชาติ ประเพณี วัฒนธรรม โดยเฉพาะชนชาว American- African จะถูกแบ่งเป็นประชาชนระดับล่างของสังคม

การได้รับการปฏิบัติคล้ายทาส (slaves) ถูกกีดกันทางสังคมและสัญชาติ ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ได้รับความกดดันจนแสดงออกด้วยความรุนแรงมาก

ถ้าพิจารณาตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในครอบครัว บุคคลมีการแสดง ความรุนแรงเกิดขึ้นภายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวเหล่านี้จะได้รับประสบการณ์ชีวิตที่มีการใช้ ความรุนแรง ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวและเมื่อถูกกระทำ ซ้ำๆทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่น โดยเฉพาะเมื่อมีความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และความขัดแย้งใจ บุคคลจะมีการเผชิญปัญหาด้วยความรุนแรงทั้งทางคำพูด และท่าทาง นอกจากนั้นในการใช้สื่อในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับอิทธิพลของ ความรุนแรง เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ หรือวิดีโอเกมส์ เป็นต้น ซึ่งสื่อต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่ปฏิบัติตามทั้งเจตนาและไม่เจตนา ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออก นั้นกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ (Johnson, 1997)

1.2.4. แนวคิดทางสภาพแวดล้อม (environmental perspective) ในส่วนของ ลักษณะสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น Johnson (1997) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ลักษณะที่อยู่อาศัยหรือชุมชนที่แออัด การขาดปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย (homeless) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาชญากรรม การใช้ สารเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนได้รับการศึกษาไม่เพียงพออยู่ในภาวะตกงาน มาก ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้

1.3. ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ การเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งได้แก่ จิตเภทเฉียบพลัน (acute schizophrenia) ที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรง ร่วมกับสับสนนอกจากนี้ในผู้ป่วยหวาดระแวง (paranoid psychosis) ซึ่งอาจจะมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีความคิดหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน ผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเองจากอันตรายนั้นตลอดจนในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง (organic brain syndrome) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มี ปัญหาที่เพิ่มขึ้นคือ สูญเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมในระยะเวลา สถานที่ บุคคล และ สูญเสีย ความจำระยะใกล้ และมีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อยๆ ส่วนในผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) ผู้ป่วยประเภทนี้อาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย โรคลมชักมักจะเป็นอันตรายน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วน temporal lobe นอกจากนี้ ในผู้ป่วยซึมเศร้า (depressive psychosis) อาจแสดง พฤติกรรมรุนแรงหรือทำร้ายตนเองซึ่ง

ไม่สามารถทราบได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่ผู้ป่วยที่จะเกิดพฤติกรรมนี้ได้มากถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะปานกลาง หรือ รุนแรงรวมไปถึงผู้ป่วยคลั่ง (mania) จะมีอาการหงุดหงิดพูดไม่หยุดเคลื่อนไหวตลอดเวลา โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรงแล้วแสดงพฤติกรรมรุนแรงตามมา รวมไปถึงปัจจัยใดๆ ก็ตามที่ส่งผลต่อสมองและระบบประสาท ทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น นีเออกในสมอง ฟีโนสมอง หรือสมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและหมดสติเป็นเวลานาน หลังจากนั้นมักแสดงพฤติกรรมรุนแรง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527)

นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่ามีความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกายผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลย์ของกระบวนการเผาผลาญในร่างกายหรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุลย์ รวมทั้งที่มีไข้สูงหรือพิษในร่างกายมีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงความรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากความเครียดรวมไปถึงการได้รับพิษจากยา เช่น พิษจากยาแอมเฟตามีนและผู้ป่วยที่ติดยาแล้วหยุดยาทันที (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527)

สวนสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายในโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งมีผู้ศึกษาและสรุปไว้ดังนี้ (Finnema et al, 1994; Sheridan, Henrion, Robinson & Baxter, 1990)

สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ของกฎระเบียบขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในแผนการรักษา

สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาลไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร

สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพในสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน เช่น ผู้ป่วยอื่นขอหยิบยืมของใช้ส่วนตัว ทำให้รู้สึกอึดอัดเป็นต้น นอกจากนี้กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยากอยู่ในโรงพยาบาล แต่ถูกบังคับให้อยู่เนื่องจากเป็นความต้องการของญาติ หรือเป็นความคิดเห็นของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่นงานด้านบริการ ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยน้อยลงส่งผลให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการ และปัญหาที่

กำลังเผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย ซัดจ้งหวั่นระผู้ป่วยกำลังพูดอยู่ ซักถามผู้ป่วยมากเกินไป ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาตามที่นัดกับผู้ป่วย แสดงท่าทางยั่วเยว ล้อเลียน หรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.1. การประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อความปลอดภัย

เกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงโดยที่พยาบาลจะต้องศึกษาและตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมตามเกณฑ์หรือไม่หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมตามเกณฑ์เพียงบางข้อ แสดงว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมรุนแรงน้อย ถ้าพฤติกรรมของผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์หลายข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มสูง ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อใดก็ได้โดยเกณฑ์ดังกล่าวมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527)

ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง

| เกณฑ์ | รายละเอียดของพฤติกรรม |
|--|--|
| 1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น | 1.1 เดินไปเดินมา 1.2 ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่งๆ 1.3 หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด |
| 2. คำพูดที่แสดงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งท่าทางที่แสดงออกต่อสิ่งของหรือบุคคลที่จะเป็นอันตรายไม่ว่าจะเป็นความจริงหรือคิดเอาเองก็ตาม | 2.1 คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลจริงและไม่จริง 2.2 พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบประสาทหลอนทางหูหรือทางตา 2.3 พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบการหลงผิด |
| 3. ความรู้สึกรุนแรง | 3.1 ท่าทางเครียดมาก 3.2 การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด 3.3 อาการรุนแรงอย่างทันที |
| 4. ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง | 4.1 มีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต 4.2 มีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อมีความวิตกกังวลสูง 4.3 ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต |
| 5. ดื่มเหล้าหรือติดยา | 5.1 ในระยะ intoxication 5.2 ในระยะงดยา |
| 6. มีอาการ OBS อย่างเฉียบพลัน | 6.1 การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกอย่างทันทีทันใด 6.2 สับสนเกี่ยวกับเวลา บุคคล และสถานที่ 6.3 สูญเสียความจำในระยะใกล้ (recent memory) 6.4 ประสาทหลอนทางหู 6.5 ประสาทหลอนทางตาโดยที่ไม่เกี่ยวกับการใช้ยา 6.6 การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ การกระตุกสั่น ซึ่งจะสำคัญเมื่อมีอาการอย่างทันทีทันใด |

และธีระ ลีลาณนทกิจ (2541) ได้เขียนมาตรฐานการวัดความก้าวร้าวที่แสดงออกอย่างเปิดเผย (overt aggression scale [OAS]) ใช้สำหรับประเมินผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 กรอบคือ

1. ก้าวร้าวด้วยคำพูด

- ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ
- ตะโกนดูถูกคนรุนแรงไม่มาก (เช่น " คุณมันโง่")
- แข่ง ด่าอย่างหยาบคายด้วยอารมณ์โกรธ คุณคามผู้อื่นหรือตนเองปานกลาง
- คุณคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น

2. ก้าวร้าวต่อตัวเองทางกายภาพ

- จิกหรือข่วนจนผิวหนังถลอก ตีตัวเอง ดึงผม(บาดเจ็บเล็กน้อย หรือไม่บาดเจ็บเลย)
- โขกศีรษะ กำหมัดต่อสิ่งของ ทิ้งตัวลงบนพื้น หรือใส่สิ่งของ (ทำอันตรายตนเองโดยไม่บาดเจ็บรุนแรง)
- ฉีกเป็นแผลเล็กน้อยหรือแค่แผลถลอก แผลไฟไหม้ เล็กน้อย
- ทำตนเองให้พิการ ฉีกเป็นแผลลึก บาดเจ็บภายในร่างกาย กระดูกหัก สลบ ฟันหัก

3. ก้าวร้าวต่อวัตถุทางกายภาพ

- ปิดประตูดังปัง
- ขว้างของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์โดยของไม่หัก ซีดเขียนผนัง
- ทำของแตก ต่อยหน้าต่างแตกละเอียด
- จุดไฟเผา ขว้างของรุนแรง

4. ก้าวร้าวต่อผู้อื่นทางกายภาพ

- ทำท่าทางคุกคาม กระทุ้งเป็นจังหวะ คว่าเสื้อผ้าคนอื่น
- ต่อย เตะ ผลัก ดึงผม (ไม่ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บ)
- ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บทางร่างกายเล็กน้อยถึงปานกลาง (แผลถลอก เคล็ด เขียนจนเป็นแนว)
- ทำร้ายผู้อื่นจนเกิดบาดเจ็บทางร่างกายรุนแรง (กระดูกหัก รอยถลอกลึก บาดเจ็บในร่างกาย)

และได้เขียนถึงการใช้เกณฑ์คือเพื่อประเมินว่ามีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง
เมื่อให้การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเพื่อช่วยในการปรับเพิ่มหรือลดยารักษาอาการทางจิต

ส่วนในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ใช้เกณฑ์ผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็น
อันตรายต่อตนเองผู้อื่นหรือสิ่งของโดยประเมินจากลักษณะท่าทางพฤติกรรม อารมณ์ และคำพูด

คล้ายกับของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) เนื่องจากใช้เวลาระยะสั้นในการประเมิน และสามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงทันต่อเหตุการณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้น

2.2. แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชได้มีผู้เสนอแนวความคิดหลากหลาย ซึ่งการนำไปใช้นั้นผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่ง Harper-Jaques และ Reimer (1998) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ได้แก่ การฉีดยารวมไปถึงการผูกมัดและการใช้ห้องแยก ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย ด้านสังคม ได้แก่ การลดสิ่งกระตุ้น นอกจากนี้ Hyman (1988) และ Rickelman (1997) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงว่า การที่บุคคลจะจัดการพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้คำพูด การใช้ยา รวมทั้งการใช้การผูกมัดและห้องแยก Yudofsky และคณะ (1986) ได้เสนอวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชดังนี้

2.2.1. การพูดคุยกับผู้ป่วย (talk to patient)

การรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบและสังเกตท่าทางของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ การเอาใจใส่ ใต้อามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับการรับรู้ขณะนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ โดยบุคลากร ควรหลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจหรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วยในสิ่งที่บุคลากรไม่แน่ใจว่าจะกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาจะถูกลงโทษเนื่องจากการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ ซึ่ง Morrison (1993) และ Sclafani (1986) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า บุคลากรควรบอกให้ผู้ป่วยมั่นใจอีกครั้งว่า บุคลากรต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้ และบอกว่าบุคลากรพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอเมื่อผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ การที่บุคลากรจะติดต่อกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรงนั้นต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดซึ่งบุคลากรควรมีความรู้และทักษะเรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแลและระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

การพูดคุยควรเป็นไปในลักษณะไม่ข่มขู่ เปิดเผย พูดซ้ำๆ มีความชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบกับมีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร ไม่พูดด้วยการใช้สายตาจ้องมองไปที่ผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดหวั่นมาก ยิ่งขึ้น

(Burrow, 1994) ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยทักษะความชำนาญ ดังนั้นบุคลากรจึงควรตระหนักถึงวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการจัดการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงได้ (Dexter & Wash, 1995 ; Johnson, 1997)

2.2.2. การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (closed observation)

ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา บุคลากรควรได้สังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นก่อนมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินดูว่าพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวมีระดับความรุนแรงเพียงใด ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น หรือสิ่งของหรือไม่ หรือบางครั้งบุคลากรควรพิจารณาว่าจะมีการจัดการด้วยวิธีใดต่อไป สำหรับพฤติกรรมรุนแรงนั้น นอกจากนี้ Burrow (1994) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ในบางครั้งบุคลากรได้มีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงแล้วนั้น การสังเกตพฤติกรรมรุนแรงอย่างใกล้ชิดจะเป็นการประเมินดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการจัดการของบุคลากร

2.2.3. พฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจะมีทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย ซึ่งในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายของผู้ป่วยนั้น วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคือการทำให้ผู้ป่วยหยุดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการใช้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายไปทำร้ายผู้อื่น บุคลากรควรเข้าไปจัดการอย่างน้อย 2 คน เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรเนื่องจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ที่สำคัญบุคลากรควรพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญตนเองถูกคุกคาม ซึ่ง Burrow (1994) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ในบางครั้งอาจเกิดการโต้ตอบของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นขณะมีการจัดการด้วยวิธีการนี้บุคลากรจึงควรมีความมั่นคง ไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วยหรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วย เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นหรือในบางครั้งบุคลากรอาจได้รับอันตรายเนื่องจากถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายได้ ดังนั้นการจัดการควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและระมัดระวัง

2.2.4. การให้ยาฉีดทันที (immediate medication given by injection)

ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการอื่นๆ แต่ไม่ได้ผล ผู้ป่วยจิตเวทยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วยซึ่งถือว่าการจัดการที่รวดเร็วที่สุดวิธีหนึ่งสำหรับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและสิ่งของได้ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) เช่น Haloperidol ในกลุ่ม Benzodiazepines Lithium, Propanolol ซึ่งในการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมรุนแรงนั้น ต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง

เกิดขึ้น บุคลากรจะให้ยาทางกล้ามเนื้อหรือทางเส้นโลหิต ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทานยา ทั้งนี้เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การพยาบาลขั้นตอนอื่นต่อไป ซึ่ง Rickleman (1997) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลหลังให้ยาแก่ผู้ป่วยไว้ว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้วบุคลากรจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นยาที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว และออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงของยา ดังนั้นบุคลากรจึงควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยตลอดจนระดับของพฤติกรรมรุนแรงและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อพิจารณาในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

ในการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้น มีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองจากการศึกษาของ Fishel และคณะ (1994) พบว่า ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยจะได้รับยาเมื่อจำเป็น (prn) มีจำนวนถึงร้อยละ 60 ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือยับยั้งพฤติกรรมรุนแรง

2.2.5. การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (isolation without seclusion)

บุคลากรอาจใช้วิธีการนี้ในกรณีที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือ สิ่งของมาก ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเองได้แก่ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูดหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยควรได้รับการแยกออกจากสถานการณ์ก่อนเพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น อาจพาผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณที่เงียบสงบ ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ปลอดภัย จะช่วยให้พฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นมีความรุนแรงลดลง ก่อนที่บุคลากรจะให้การจัดการด้วยวิธีอื่นต่อไป

2.2.6. การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (seclusion)

สำหรับการใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา และส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้เป็นการปรับพฤติกรรมโดยธรรมชาติให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยบุคลากรต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัด พฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้

2.2.7. การผูกมัดผู้ป่วย (use of restraints)

เป็นวิธีการสุดท้ายหรือในกรณีที่เร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว เช่น การไต่ยา และการพูดคุยกับผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงที่จะนำไปสู่การผูกมัดนั้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมคุกคามผู้อื่นด้วยคำพูดและข่มขู่ด้วยอาวุธหรือสิ่งของ (Sheriden et al (1990) ซึ่ง Lehane และ Rees (1996) ได้กล่าวไว้ว่า การผูกมัดที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วยคือ การผูกข้อมือและข้อเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสได้เคลื่อนไหวส่วนแขนและขาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดหรือถูกจำกัดพฤติกรรมมากเกินไป ซึ่งการจัดการโดยวิธีการผูกมัดผู้ป่วยบุคลากรควรตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีนี้ เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจตำหนิบุคลากร โกรธ วิตกกังวลได้ (Dexter&Wash, 1995) ดังนั้น จึงควรมีการทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมา ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและประเมินดูว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวของบุคลากร

นอกจากนี้ในการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรไม่ควรจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยลำพัง ปราศจากการช่วยเหลือจากบุคลากรอื่น หรือขาดบุคลากรอื่นอยู่ใกล้เคียงพอที่จะช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ไม่แสดงท่าทีก้าวร้าวต่อผู้ป่วย พยายามไม่ให้มีคนมามองดูผู้ป่วยมาก ๆ และบุคลากรไม่ควรที่จะสัมผัสผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดระแวงและกลัวมากขึ้น และในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบตัวต่อตัวและไม่ประสบความสำเร็จ ควรมีการช่วยเหลือแบบเป็นทีม (team approach) โดยจะต้องไม่ให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกคุกคาม พยายามใช้คำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักควบคุมตนเองโดยไม่ต้องใช้กำลังบังคับ เช่น การผูกมัดหรือการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก (Morrison, 1993; Sclafani, 1986)

2.3. การจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด

การใช้การผูกมัดผู้ป่วย หมายถึง การแสดงความตั้งใจที่จะจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยบางส่วนหรือทุกส่วนของร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยหรือต่อผู้อื่น โดยใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ผ้ารัดหน้าอก ผ้าก๊อซ สายหนัง แก้วสำหรับผูกมัดหรือใช้เหล็กกันเตียง (The Joint Commission on Accreditation of Health Organization: JCAHO, 1996) นอกจากนั้นได้มีผู้ให้ความหมายของการผูกมัดไว้ ดังนี้

การผูกมัดเป็นการยึดผู้ป่วยไว้กับเตียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ จนกว่ายาจัดหรือยารับประทานที่ให้จะออกฤทธิ์เต็มที่ ใช้ในรายที่ผู้ป่วยอาละวาด รุนแรงจัด และใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา (ชูทิตย์ ปานปรีชา, 2522)

การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช จะใช้บ่อยในผู้ที่ไม่ยอมร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมทำลายสิ่งของ (Holzworth & Wills, 1999) ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนงุนงง มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา (Strumpf & Evans, 1988) ทั้งนี้ สถิติการผูกมัดผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อีกหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วยที่มีมากเกินไป (Brooks, Mulaik, Gilead & Danials 1994) บรรทัดฐานของทีมงาน การมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดการฝึกที่ดี ระดับการศึกษาของทีมงาน การวางแผนการรักษาไม่ดี ลักษณะกฎระเบียบของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันเจตคติของทีมงานที่มีต่อการผูกมัดและเจตคติของผู้บริหารโรงพยาบาล (Fisher, 1994)

ในการศึกษาครั้งนี้การผูกมัดหมายถึงการใช้ผ้าที่ออกแบบมาสำหรับผูกมัดผูกมัดข้อมือข้อเท้าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงไว้กับเตียงชั่วคราวจนกว่าอาการจะสงบ

2.3.1. วัตถุประสงค์ของการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด

2.3.1.1. เพื่อเป็นการรักษาโดยจะใช้การผูกมัด เพื่อทำให้ผู้ป่วยสงบลงหรืออาการดีขึ้น

2.3.1.2. เพื่อแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับสิ่งแวดล้อมได้ หรือมีความหวาดกลัว ระวัง วิตกกังวล ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และควบคุมตนเอง ไม่ได้ (Whaley & Ramirez, 1980)

2.3.1.3. เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่น (Soloff, 1984)

2.3.1.4. เพื่อยุติพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรง (Soloff, 1984)

2.3.1.5. เพื่อป้องกันอันตรายในผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้และมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม (Soloff, 1984)

2.3.1.6. เพื่อตอบสนองการร้องขอให้ผูกมัดตน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกวิตกกังวลว่าตนเองจะควบคุมตนเองไม่ได้ อาจขอร้องให้เจ้าหน้าที่ผูกมัดตน (APA task Force, 1988)

2.3.2. ชนิดของการผูกมัด ข้อห้ามในการผูกมัด การดูแลระหว่างและหลังแก้ผูกมัด ข้อบ่งชี้ในการแก้ผูกมัด

2.3.2.1. ชนิดของการผูกมัด การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชมีมากมายหลายวิธี แต่ละวิธีก็มุ่งจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากน้อยต่างกันไป เช่น ให้เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ให้ลุกนั่งได้หรือสามารถเดินได้ เป็นต้น การผูกมัดที่พบบ่อยคือ การผูกข้อมือ ข้อเท้า น่อง การ

ผูกมัดโดยใช้ผ้าปูที่นอนและการสวมเสื้อที่ผูกมัดแขนผู้ป่วยไว้ (Rickelman, 1997) ขณะเดียวกัน Roper Coult , Sather & Taylor (1985) ได้กล่าวถึงวิธีการผูกมัดไว้ดังนี้

- การใช้ผ้ารัดลำตัวผู้ป่วย (body band restraint) ให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง ใช้ผ้ารัดบริเวณหน้าท้องแล้วไขว้ผ้าอ้อมหลังผู้ป่วย แล้วนำปลายไปผูกมัดกับเตียงด้านตรงข้าม

- การใช้ผ้ารัดหน้าอก (the posy belt) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าที่มีความกว้างประมาณ 6 นิ้ว วางทาบบนลำตัว แล้วไขว้ปลายผ้าผูกติดแน่นกับเตียง

- การมัดข้อมือและข้อเท้า (wrist and ankle restraint) เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกข้อมือหรือข้อเท้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ได้ผลมากที่สุดวิธีหนึ่ง

- ผู้ป่วยสวมเสื้อที่มีสายสำหรับผูกมัดได้ (the safety vest or strait jacket) เป็นการสวมเสื้อที่ผูกมัดแขนผู้ป่วย เพื่อผูกผู้ป่วยให้นั่งติดกับเก้าอี้ เก้าอี้ล้อเลื่อน หรือเสาคือ โดยให้ผู้ป่วยสวมเสื้อที่มีลักษณะเหมือนเสื้อหม้อฮ่อมที่ด้านข้างและด้านหน้าของเสื้อมีผ้ายาวสำหรับใช้ผูกมัดกับเก้าอี้หรือเสาคือ

- การผูกมัดรูปตัวอักษรวี (the V-type restraint) เป็นวิธีผูกมัดผู้ป่วยในลักษณะที่ผู้ป่วยครึ่งนั่งครึ่งนอนบนเตียง โดยใช้ผ้าพันรอบอกผู้ป่วยบริเวณรักแร้ พันผ้าจากหลังไปหน้า เมื่อพันได้หนึ่งรอบให้ผ้าข้ามไหล่ด้านตรงกันข้ามไปวนรอบคอผู้ป่วยและนำปลายผ้าทั้งสองผูกติดกับหัวเตียง วิธีนี้ไม่ค่อยนิยมใช้ เพราะถ้าหากผู้ป่วยดิ้น จะทำให้ผ้าที่ผูกแน่น ผู้ป่วยจะหายใจไม่ออก อาจเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนได้

- ใช้กางเกงที่มีสายสำหรับให้ผูกมัดได้ ใช้วิธีการเดียวกับการสวมเสื้อผูกมัด โดยให้ผู้ป่วยสวมกางเกงหลวมๆ ขาสวมส่วนที่เรียกว่าเปียมา (pajama) ซึ่งผูกติดกับเก้าอี้ด้านหลังของกางเกงแนบเก้าอี้ จะมีช่องสำหรับอุจจาระและปัสสาวะได้ วิธีนี้ผู้ป่วย เคลื่อนไหวได้สะดวก สามารถเข็นรถไปด้วยตัวเอง แต่ไม่สามารถหนีออกจากเก้าอี้ได้

- ใช้เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ (geriatric chair) เป็นเก้าอี้เหมือนเก้าอี้ทั่วไปพิเศษที่ด้านข้างของเก้าอี้ต่อด้วยไม้ขึ้นข้างบน ประมาณ 14 เซนติเมตร เมื่อผู้ป่วยนั่งเก้าอี้เรียบร้อยแล้ว จะมีไม้ 2 อันไขว้กันเป็นรูปกากบาทปิดกั้นผู้ป่วยข้างบน เพื่อกันผู้ป่วยออกจากเก้าอี้ วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขึ้นลงได้เล็กน้อย

- การใช้ผ้าห่มเย็น (cold wet sheet pack) การใช้ผ้าปูที่นอนห่อหุ้มร่วมกับการใช้ความเย็นประคบ โดยผูกมัดผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่ง ลักษณะมึ่มมี ชั้นในเป็นผ้าปูที่นอนที่จุ่มน้ำเย็นเกือบแข็ง วิธีนี้จะได้ดี ถ้าห่อหุ้มผู้ป่วยได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะไม่ได้ผล

การเลือกที่จะใช้วิธีการผูกมัดวิธีใดนั้น วิลลภา เซยบัวแก้ว (2532) กล่าวว่าควร จะดูอาการและความจำเป็นที่เห็นจากตัวผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความงุนงงสับสน การผูกมือและ เท้าติดกับเตียงก็เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอยู่นิ่งไม่ได้ อาจใช้การผูกข้อมือและเท้าผู้ป่วยไว้ กับเตียง โดยอาจใช้ร่วมกับการให้ยาสงบประสาท สำหรับผู้ป่วยที่เอะอะคลุ้มคลั่ง ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา จำเป็นต้องใช้เครื่องผูกมัดที่มีความแข็งแรงขึ้น เพื่อผูกมัดผู้ป่วยไว้ให้อยู่กับเตียง การใช้เชือกสำหรับการผูกมัดจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะเชือกจะช่วยผูกมัด ส่วนที่เป็นลำตัวของผู้ป่วยให้ติดกับเตียง และอาจต้องใช้ผ้าผูกข้อมือและข้อเท้าร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยประเภทนี้มักจะหาทางแกะเชือกผู้มัดได้เองหากไม่ผูกมัดมือและเท้าไว้ด้วย การผูกมัดบางวิธี ไม่ได้นำมาใช้ในประเทศไทย เช่น การใช้กางเกงเปียมาма เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุและการผูกมัดรูปตัววี จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวชของผู้ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จะใช้การผูกมัดแบบสี่จุด สำหรับผู้ป่วยในรายที่มีอาการรุนแรงมาก พยายามที่จะดิ้นและลุกจากเตียง จึงจะใช้ผ้ารัดหน้าอกร่วมกับการผูกมัดแบบสี่จุด ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของ ผู้ป่วยได้

2.3.2.2. ข้อห้ามในการผูกมัด แม้ว่าในการใช้การผูกมัดผู้ป่วยจะมีความจำเป็นและมีข้อบ่งชี้ในหลายกรณี แต่ก็มีข้อห้ามในการใช้การผูกมัด ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่าน กล่าวไว้ดังนี้ (APA Task Force as cited in Fisher, 1994 ;Kuehnel & Slama, 1994; Outlow & Lowery, 1992 ; Smith, 1995)

- ห้ามใช้การผูกมัดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งจะทำให้มีอาการหนักขึ้น
- ห้ามใช้การผูกมัดแทนการรักษา
- ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อเป็นการทำโทษผู้ป่วย
- ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อโต้ตอบผู้ป่วยที่ปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษา
- ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อโต้ตอบกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
- ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อความสะดวกของทีมงาน
- ห้ามใช้การผูกมัด เมื่อได้รับประสบการณ์จากผู้ป่วย ว่าเป็นการให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- ห้ามใช้การผูกมัดในผู้ป่วยที่มีประวัติถูกลวนลามทางเพศหรือถูกข่มขืน ซึ่งจะเป็นการทำให้ ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจซ้ำ

สรุปข้อห้ามในการผูกมัด จะห้ามใช้แทนการรักษา เพื่อความสะดวกของทีมงาน เพื่อการทำโทษหรือโต้ตอบโต้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาและที่

สำคัญ คือ ห้ามใช้ในผู้ที่เคยมีประวัติถูกฉนวนลามทางเพศหรือถูกข่มขืน ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและห้ามใช้เมื่อประเมินได้ว่าเป็นการให้แรงเสริมทางบวกกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.3.2.3. วิธีการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด การดูแลระหว่างและหลังแก้ผูกมัด ซึ่งธีระ ลีลาพันธ์ (2541) ได้เสนอวิธีปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยสรุปได้ดังนี้

1) ทีมที่จะจับผู้ป่วยผูกมัดควรจะมีอย่างน้อย 5 คน โดยเป็นสมาชิกทีม 4 คนและหัวหน้าทีมหรือผู้สังเกต 1 คน มีสถานที่ศึกษาบางแห่ง แนะนำว่าควรจะมีอย่างน้อย 6 คน อาจจะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยร่วมด้วย เพราะการแสดงกำลังจากคนที่มีความจำนวนมาก ดูเข้มแข็ง มีการประสานงานที่ดี เด็ดเดี่ยว ไม่หวั่นไหว กับการข่มขู่คุกคามของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยร่วมมือเอง โดยไม่ต้องใช้กำลังบังคับ ข้อผิดพลาดที่ร้ายแรงที่สุดสำหรับแพทย์หรือพยาบาลคือ การเอาชนะผู้ป่วยด้วยกำลังเพียงคนเดียว หรือมีกำลังบังคับผู้ป่วยไม่เพียงพอ รวมทั้งมีกำลังคนเพียงพอแต่ขาดผู้นำทีม

2) ควรมีแผนปฏิบัติการ เกี่ยวกับวิธีการจับมัดร่างกายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดบทบาทของแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน เช่น บุคลากรแต่ละคนจะรับผิดชอบมัดแขนขาข้างใด ใครจะเป็นคนคอยป้องกันศีรษะของผู้ป่วย

3) ก่อนที่จะใช้กำลังจับมัดผู้ป่วย ต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ และต้องร้องขอให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณนั้นทันที บุคลากรควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อลดความกลัวของผู้ป่วยว่าจะถูกบุคลากรบุกเข้าหาตัวผู้ป่วยอย่างทันที

4) หัวหน้าทีมควรจะพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่สงบ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลในการผูกมัดเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยไม่ยินยอมหรือยังคงมีพฤติกรรมรุนแรง ทีมบุคลากรจะล้อมเข้าหาผู้ป่วยทุกด้าน และเลือกช่วงที่ความสนใจของผู้ป่วยวอกแวก บุคลากรแต่ละคน จะจับผู้ป่วยตามตำแหน่งที่ได้วางแผนไว้ ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าทีม

5) ยาฉีดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ควรจะเตรียมพร้อมที่จะใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการ เมื่อจับมัดผู้ป่วยได้ดีแล้ว ถ้าผู้ป่วยยังตะเกียกตะกายต่อสู้ ให้ฉีดยาผู้ป่วยทันที ขณะฉีดยาต้องระวังเข็มฉีดยาที่แทงบริเวณอื่นของร่างกายผู้ป่วยและบุคลากรด้วย

6) การผูกมัดบนเตียงให้ผู้ป่วยนอนเหยียดยาว กางขาทั้งสองข้างผูกมัดแขนข้างหนึ่งแนบกับลำตัวข้างเดียวกัน ส่วนอีกข้างหนึ่งให้ผูกอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย แต่ให้แขนกางไม่เกิน 90 องศา ให้กระทำในท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับการให้น้ำเกลือเข้าหลอดเลือดโลหิตดำในกรณีจำเป็น

- 7) ให้ยกศีรษะของผู้ป่วยสูงขึ้นเล็กน้อย เพื่อลดความรู้สึกว่าตัวผู้ป่วยเองไม่มั่นคงหรืออ่อนแอและลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดการสำลัก
- 8) อธิบายแก่ผู้ป่วยว่า เหตุใดจึงต้องพิจารณาใช้การผูกมัดกับผู้ป่วยให้มีบุคลากรคนหนึ่ง คอยเดินไปดูแลผู้ป่วยและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีสิทธิ์และไม่สามารถควบคุมตนเอง
- 9) ให้ตรวจตราการผูกมัดเป็นระยะๆ ในเรื่องความปลอดภัยและความสุขสบาย
- 10) ให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่มีความเข้มข้นสูงสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงการผูกมัด
- 11) ให้เริ่มการรักษา โดยใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัดเข้ามาช่วย หลังจากผู้ป่วยได้รับการผูกมัดเรียบร้อยแล้ว
- 12) ให้แก้การผูกมัดแก่ผู้ป่วยครั้งแรกแห่งเดียวก่อน หลังจากควบคุมผู้ป่วยได้แล้ว 5 นาที และเมื่อควบคุมผู้ป่วยผ่านไปได้อีก 5 นาที จึงจะแก้จุดผูกมัดอีกแห่งหนึ่ง จุดผูกมัดอีก 2 แห่งที่เหลืออยู่ ควรจะแก้พร้อมกันเมื่อผู้ป่วยสงบ
- 13) ให้บันทึกในเอกสารถึงเหตุผลของการผูกมัด ช่วงระยะเวลาการรักษา การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เวลาที่แก้การผูกมัดให้ผู้ป่วยและถ้าเห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรง มีสติสัมปชัญญะหรือสภาพจิตที่ขัดขวางต่อการรักษาอาจต้องใช้การผูกมัดต่อ

ในการจับและผูกมัดผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก มีการเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้ ใช้วิธีการเจรจาต่อรองไม่ได้ผล ทีมงานจะใช้ผ้าห่มขึงและล้อมเข้าหาผู้ป่วยพร้อมกัน ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถชกต่อยหรือใช้อุปกรณ์อื่นตีผ่านผ้าห่ม มาทำอันตรายต่อทีมงานได้ จากนั้นจึงใช้ผ้าห่มพันตัวผู้ป่วย จับให้นอนราบกับพื้น เพื่อปลดอาวุธแล้วจึงพาขึ้นนอนบนเตียงเพื่อผูกมัดต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยดิ้น ขัดขืนอย่างรุนแรง พยายามที่จะลุกนั่งจึงจะใช้ผ้ารัดหน้าอกที่มีช่องสำหรับสอดลวดแขนแนบลำตัวด้วย ซึ่งสามารถลดการบาดเจ็บ บริเวณหัวไหล่และแขน เนื่องจากการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทบริเวณหัวไหล่ได้

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2544) ได้เสนอวิธีการช่วยเหลือนักโทษพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่มีอาวุธหรือสงสัยว่ามีอาวุธว่า ควรตรวจหาและปลดอาวุธของผู้ป่วยก่อน หากผู้ป่วยปฏิเสธ อาจให้คนถือที่นอนเป็นที่กำบังเดินประกบให้ผู้ป่วยซิดมนั่งแล้วจึงปลดอาวุธ หรือเรียกตำรวจมาช่วยปลดอาวุธหากเป็นอาวุธร้ายแรง

2.3.2.4. การช่วยเหลือภายหลังแก้ผูกมัดออกแล้ว

วัลลภา เขยบัวแก้ว (2532) ได้ศึกษาการวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช ได้ให้ข้อสรุปในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยได้รับการปล่อยจากการผูกมัดโดยพยาบาลต้องให้การดูแลดังต่อไปนี้

1.) สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวเพื่อการรักษา เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงและกำหนดวิธีการช่วยเหลือต่อไป
2.) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยกิจกรรมต่างๆ
3.) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกขณะถูกผูกมัดความรู้สึกต่อการพยาบาลที่ได้รับอย่างอิสระ
4.) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของเขาในโอกาสต่อไป

2.3.2.5. ข้อบ่งชี้ในการปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด

ผู้ป่วยจะได้รับการคลายการผูกมัดหรือปล่อยให้เป็นผู้ป่วยอิสระ ก็ต่อเมื่อการรักษาประสบผลสำเร็จตามที่ได้วางแผนไว้ สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ไม่มีพฤติกรรมที่จะทำร้าย ตนเองหรือผู้อื่น หรือรบกวนต่อสิ่งแวดล้อมในการรักษา การจะปล่อยผู้ป่วย ต้องประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยและจากการตัดสินใจของพยาบาล เมื่อเห็นว่าอาการผู้ป่วยดีขึ้น และควรจะมีการรายงานแพทย์ก่อนปล่อยผู้ป่วย (Lion & Saloff, 1984) เพราะแพทย์จะต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการผูกมัดและการคลายการผูกมัดให้ผู้ป่วย เพื่อจะได้ประเมินถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงความรุนแรงขณะรับการรักษาเพื่อลดโอกาสการกลับมาซ้ำ (Rosen & DiaGiacoma, 1978)

Roper, Coutt, Sather & Taylor (1985) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1.) ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย
2.) วัตถุประสงค์ของการผูกมัด

พฤติกรรมเป้าหมายที่พยาบาลต้องการ เช่น กำหนดว่าจะปล่อยเมื่อผู้ป่วยยอมรับประทานอาหาร น้ำและยา มีการรับรู้ - วันเวลาและสถานที่ ไม่มีหูแว่ว หรือประสาทหลอน เป็นต้น

Rickerman (1997) Roper, Coutt, Sather & Taylor (1985) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัดมีดังนี้

1.) พฤติกรรมรุนแรงลดลงไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นสัตว์และสิ่งของเครื่องใช้

2.) มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติและมีความสนใจมากเพิ่มขึ้น มีการตัดสินใจดีขึ้น มีสมาธิ อารมณ์คงที่ อยู่ในโลกของความเป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ระดับความวิตกกังวลลดลง มีความเชื่อมั่นในตัวเองพยาบาลมากขึ้น

3.) สัญญาณชีพกติ

4.) สามารถรับประทานอาหารน้ำและยาได้ตามปกติและนอนหลับพักผ่อนตามปกติ

2.3.3. มาตรฐานการให้การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช

ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานที่กล่าวถึงวิธีการปฏิบัติและให้ข้อบ่งชี้ในการผูกมัดที่เป็นสากลโดยเฉพาะที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับระบบการรักษา ลักษณะความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ คุณลักษณะหรือการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ปรัชญาและความคาดหวังของทีมการรักษาและผู้บริหาร และยังขึ้นกับวิธีการปฏิบัติที่กระทำสลับต่อกันมา (Steel, 1999) ถึงแม้จะไม่มีมาตรฐานการใช้การผูกมัดที่เป็นสากล แต่ก็มีบางมาตรฐานที่เริ่มได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายเช่นมาตรฐานของคณะกรรมการประกันคุณภาพองค์กร ที่ให้การดูแลสุขภาพ (JCAHO, 1999) ซึ่งได้กำหนดมาตรฐานในการใช้ผูกมัดผู้ป่วยขึ้นในปี ค.ศ.1991 และปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ.1996 โดยให้แนวทางใน 3 หัวข้อหลัก คือ

1.) ต้องมีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน

2.) ผู้ที่จะออกคำสั่งให้ผูกมัดผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตและต้องเป็นผู้ประเมินอาการพร้อมทั้งเขียนคำสั่งอย่างน้อยทุกๆ 24 ชั่วโมงในบางกรณีอาจเป็นผู้สั่งให้ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมด้วย

3.) วิธีการที่ใช้ในการจำกัดกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย จะต้องใช้วิธีการที่จำกัดผู้ป่วยให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ และมีการปรับปรุงครั้งสุดท้ายในปี ค.ศ.1999 สรุปได้ดังนี้

3.1. นโยบายของสถาบัน และภาวะผู้นำ ต้องยกระดับปรัชญาของสถาบัน เกี่ยวกับการผูกมัดและเน้นบทบาทหน้าที่และการมีภาวะผู้นำที่มั่นคง สร้างผู้นำและมีการติดต่อสื่อสารภายในทีมที่ดี

3.2. ด้านการศึกษาของทีมและความสามารถในการดูแลของทีม ทีมงานจะต้องมีความรู้ความสามารถ มีการให้ความรู้เฉพาะทางแก่ทีมงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการลดการใช้การผูกมัด การถูกทารุณทางร่างกายหรือถูกทารุณทางเพศ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บระหว่างที่ผูกมัด ต้องอธิบายเทคนิควิธีการและเครื่องมือที่ใช้ผูกมัดให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น

3.3. ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นไปตามกฎหมาย โดยผู้ป่วยและญาติจะต้องเซ็นยินยอมอนุญาตให้ใช้การผูกมัด และญาติต้องได้รับคำชี้แจงถึงบทบาทของญาติ ตลอดจนรับทราบวิธีการต่างๆที่จะทำกับตัวผู้ป่วย

3.4. ด้านการวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล จะต้องเริ่มตั้งแต่การผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วย มีการวางแผนทางการปฏิบัติการพยาบาลไว้ โดยเน้นให้มีการผูกมัดผู้ป่วยให้น้อยที่สุด แผนการพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

3.5. ด้านการบันทึกความก้าวหน้าในการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่วิธีที่จำกัดผู้ป่วยน้อย จนถึงวิธีการที่จำกัดผู้ป่วยมากที่สุด ในลำดับแรกควรใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วย เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุยให้แนวทางร่วมกับการให้ข้อมูล และการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้การพยาบาล จะต้องพยายามใช้วิธีที่มีการจำกัดผู้ป่วยให้น้อยที่สุดก่อน โดยต้องบันทึกกระบวนการไว้ให้ชัดเจน ต่อเมื่อประเมินหรือตัดสินใจได้ว่า ใช้ไม่ได้ผลหรือไม่มีประสิทธิภาพ จึงจะใช้การผูกมัด ซึ่งจะต้องจำกัดในการใช้เฉพาะสถานการณ์ฉุกเฉินมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือ ผู้อื่น การตัดสินใจที่จะใช้การผูกมัดจะขึ้นกับสถานการณ์และความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น

3.6. ด้านคำสั่งการใช้การผูกมัด ไม่อนุญาตให้ใช้เป็นคำสั่งอย่างถาวร หรือคำสั่งในกรณีจำเป็น การผูกมัดจะต้องกระทำโดยทีมงานที่ผ่านการฝึกและมีประสบการณ์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับใบอนุญาตจะต้องเขียนคำสั่งภายใน 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ต้องมีการเขียนคำสั่งทุก 4 ชั่วโมง อายุ 9 ถึง 17 ปี ต้องเขียนคำสั่งทุกๆ 2 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 9 ปี ต้องมีการเขียนคำสั่งใหม่ทุกๆ 1 ชั่วโมง

3.7. ด้านการปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด จะต้องปล่อยผู้ป่วยจากการถูก ผูกมัดให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานอาการของผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยที่ได้รับการปล่อยก่อนที่คำสั่งการผูกมัดจะหมดอายุ หากจำเป็นต้องผูกมัดใหม่ อาจใช้คำสั่งเดิมได้และต้องเขียนคำสั่งใหม่ที่คำสั่งเดิมหมดอายุ

3.8. ด้านการประเมินโดยพยาบาลเวชปฏิบัติอิสระที่ได้รับใบอนุญาต (a licensed independent practitioner , LIP) จะต้องมีการประเมินจากตัวผู้ป่วยภายใน 4 ชั่วโมง หลังการผูกมัดสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และภายใน 2 ชั่วโมง หลังการผูกมัดสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีลงมา หากผู้ป่วยได้รับการปล่อยก่อนที่คำสั่งจะหมดอายุ จะต้องได้รับการประเมินจากพยาบาลเวชปฏิบัติอิสระ ที่ได้รับใบอนุญาต ภายใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยยังคงถูกผูกมัด พยาบาลจะต้องมาทำการประเมินซ้ำ โดยจะต้องทำอย่างน้อยทุกๆ 8 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และทุกๆ 4 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีลงมา

3.9. ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย ขณะที่ถูกผูกมัด จะต้องเพิ่มการดูแลให้ใกล้ชิดมีการประเมินผู้ป่วยทุกๆ 15 นาที ร่วมกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงเกณฑ์ที่จะได้รับการปล่อยจากการผูกมัด ด้านการปรับปรุงกระบวนการใช้การผูกมัด จะต้องเน้นให้มีการบันทึกและเก็บข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงกระบวนการผูกมัดต่อไป

สำหรับในประเทศไทย แม้จะมีมาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 แต่ก็ไม่ได้กล่าวถึงมาตรฐานในการผูกมัดผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ในปัจจุบันได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยการนำกระบวนการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลให้มีมาตรฐาน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ซึ่งได้กล่าวถึงการผูกมัด ผู้ป่วยไว้ในหมวดในหมวดที่ 5 บทที่ 13 เรื่องสิทธิผู้ป่วย หัวข้อย่อยที่ 2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะในวงเล็บ 3 ให้มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกผูกมัดหรือให้ยาฉุกเฉินอย่างเหมาะสม โดย

- 1) ต้องมีเหตุผลทาง คลินิกที่สมควร
- 2) ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแลและมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3) ไม่ควรก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายแก่ผู้ป่วยและ
- 4) ดำเนินการภายในกรอบของกฎหมายหรือบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บ

3.1 ความหมาย

การบาดเจ็บ หมายถึง ภัยอันตรายต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งเกิดจากสิ่งภายนอกกระทำต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย ก่อให้อาการเล็กน้อยไปจนถึงเสียชีวิต ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ และเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย

3.2 องค์ประกอบและกลไกการเกิดบาดแผล

การบวม การบาดเจ็บของเส้นประสาทในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด การบาดเจ็บที่เกิดจากการผูกมัดพบได้อยู่เสมอ แต่ที่พบเป็นปัญหาบ่อยๆคือการเกิดฟกช้ำ การบวมบาดแผล และกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการที่เส้นประสาทถูกกดทับ

แผลฟกช้ำ (contusion or bruise) หมายถึงการฉีกขาดของกล้ามเนื้อเยื่อภายใต้ผิวหนังไม่ชัดเจน การมีเส้นโลหิตแตก โลหิตออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อต่างๆจะพบมีรอยฟกช้ำ

บาดแผล (wound) รากศัพท์มาจากคำว่า vulnus ซึ่งเป็นภาษากรีก หมายถึงการบาดเจ็บหรือ เจ็บป่วยจากสิ่งภายนอกในร่างกาย ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อร่างกาย มีการฉีกขาด

ของเนื้อเยื่อ (อนันต์ ตันมุกขยกุล, 2538) ส่วน Mosby Dictionary Medical, Nursing and Allied Health ได้ให้ความหมายว่า บาดแผล หมายถึง การที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บ (injury) มีการถูกทำลายของผิวหนัง อาจเกิดจากอุบัติเหตุ (accident) มากกว่าเกิดจากโรค (disease) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บาดแผล หมายถึง บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกายได้รับอันตราย ทำให้ผิวหนังถูกทำลายผิวหนังอาจแยกออกจากกันหรือไม่แยกก็ได้ ส่วนเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง หลอดโลหิตหรืออวัยวะต่างๆในร่างกายอาจฉีกขาดร่วมด้วย (Anderson et al., 1994) เมื่อเกิดบาดเจ็บทำให้ผิวหนังที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรคสูญเสียไป เชื้อโรคจึงเข้าสู่ร่างกายและเกิดการสูญเสียโลหิตตลอดจนมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด ทำให้เกิดพยาธิสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้แล้วแต่ชนิดและความรุนแรงของบาดแผล บาดแผลที่เกิดจากการผูกมัดเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมและไม่ได้เคลื่อนไหวด้วยความจำเป็นต่าง ๆ อยู่เป็นระยะเวลานานต่อเนื่องกัน ดังนั้นปัญหาของการเกิดแผลที่ผิวหนังจึงเป็นเรื่องที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจและต้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่จะป้องกันมิให้เกิดขึ้น หรือพยายามที่จะจำกัดขอบข่ายของแผลในกรณีที่มีแผลเกิดขึ้นแล้วให้ได้มากที่สุด

การเกิดบาดแผลบริเวณที่ผูกมัด เนื่องจากการผูกมัดทำให้การไหลเวียนโลหิตที่จะเข้าสู่บริเวณนั้นไม่สะดวก การผูกมัดที่แน่นเกินไปทำให้การไหลเวียนถูกขัดขวาง เนื้อเยื่อปลายมือปลายเท้าขาดโลหิตไปเลี้ยง หรือการผูกมัดไม่แน่นแต่ผู้ป่วยตื่นจนผ้าที่ผูกมัดไว้รัดแน่นเข้า ส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวในขอบข่ายที่จำกัดมากและการเกิดจะเป็นไปได้สูงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือผู้ที่มีภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรงก็เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดบาดแผลได้ง่ายผิวหนังบริเวณที่ผูกมัดเป็นส่วนที่อยู่ตรงกลางระหว่างแรงกด (pressure) กับสิ่งที่มารองรับแรงกด (pressure) ทำให้เส้นโลหิตฝอยที่นำออกซิเจนและอาหาร ไปยังส่วนนั้นถูกสกัดกั้นด้วยแรงกดดังกล่าวเซลล์ของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น จึงขาดออกซิเจนทำให้เกิดการตายขึ้นได้ ดังนั้นโอกาสที่จะทำให้ผิวหนัง ส่วนนั้นเป็นแผลจึงเป็นไปได้สูงแรงดึงระหว่างชั้นของผิวหนัง (shearing force) จะทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณที่ถูกผูกมัดเกิดการดึงรั้งเนื่องจากผู้ป่วยตื่นนอน ทำให้เกิดแรงดึงระหว่างชั้นของผิวหนังบริเวณที่ผูกมัดเกิดบาดแผลได้ง่าย แรงดึงระหว่างชั้นผิวหนังเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้มีการฉีกขาดของเส้นโลหิตฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้การไหลเวียนโลหิตในส่วนที่จะรับแรงกดลดลง และมีโลหิตคั่งอยู่ใต้ผิวหนัง และนำไปสู่ปัญหาการเกิดแผลฟกช้ำเขียว และหากทิ้งไว้นานขึ้นก็จะยิ่งทำให้เกิดแผลลึกได้

การบวม (Edema) หมายถึง ภาวะที่มีการคั่งของสารน้ำใน interstitial space "บวม" เป็นทั้งอาการและการแสดง การตรวจภาวะบวมกระทำได้โดย การสังเกตและกดผิวหนัง จะพบว่ามียอมนุ่ม หรือมีความรู้สึกว่ามีสารน้ำอยู่ใต้ผิวหนังในกรณีที่บวมชนิดกดไม่นุ่ม ปกติสาร

น้ำในร่างกายมีประมาณร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว โดยที่ร้อยละ 40 เป็นสารน้ำในเซลล์ (intracellular fluid) ร้อยละ 20 เป็นสารน้ำนอกเซลล์ (extracellular fluid) ร้อยละ 5 อยู่ในรูปของพลาสมา และร้อยละ 15 อยู่ใน interstitial space พลาสมาและสารน้ำใน interstitial space นี้จะอยู่ในระดับคงที่ โดยมีหลอดเลือดเป็นทางให้สารน้ำส่วนเกินไหลกลับเข้าพลาสมา แรงที่ควบคุมการไหลของสารน้ำเรียกว่า Starling forces ซึ่งประกอบด้วยแรงดัน hydrostatic และแรงดัน oncotic ทั้งภายในและภายนอกหลอดเลือดฝอยและกลไกการเกิดการบวมมีหลายชนิด แต่การเกิดการบวมในผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดคือ การถูกขัดขวางการไหลเวียนทำให้ไม่สามารถพาสารน้ำกลับเข้าหลอดเลือดได้ เมื่อมีการคั่งของสารน้ำใน interstitium มากกว่าปกติจึงเกิดภาวะบวม

การบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นประสาทถูกกดทับ (compressive neuropathy) หมายถึง สภาวะที่ปริมาตรของเส้นประสาทมีขนาดใหญ่กว่าปริมาตรของช่องว่างที่เป็นทางผ่านของเส้นประสาทนั้น หรืออาจเป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บในบริเวณนั้น เส้นประสาทอาจถูกรัดโดยเนื้อเยื่อ scar หรือถูก callus กดในตำแหน่งที่มีกระดูกหัก ในผู้ป่วยผูกมัดการที่ต้องถูกมัดให้อยู่ในท่ายกแขนขึ้นเหนือศีรษะรั้งรั้งทำมุมกว้างเกิน 90 องศา เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทได้ในลักษณะเดียวกัน ซึ่งเป็นผลให้เกิดมี chronic irritation อาการที่เกิดขึ้นพบได้ตั้งแต่อาการชาเล็กน้อยเป็นบางครั้ง หรือการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงเพียงเล็กน้อยจนถึงสูญเสียการรับรู้สัมผัสทั้งหมด การเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อและกล้ามเนื้อเหยี่ยวลีบ

พยาธิสรีระของ compressive neuropathy กลไกที่เป็นต้นเหตุให้เกิดอาการในผู้ป่วยที่เป็น compressive neuropathy คือ การเพิ่มความดันต่อเส้นประสาทที่ตำแหน่งนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกลศาสตร์ และระบบไหลเวียนของโลหิตต่อเส้นประสาท การเปลี่ยนแปลงทางด้านกลศาสตร์ การที่เส้นประสาทถูกกดจากภายนอก หรือได้รับความดันเพิ่มภายนอก จะมีผลทำให้เกิดความแตกต่างของความดัน ระหว่างเส้นประสาทตำแหน่งที่ถูกกดกับตำแหน่งที่ไม่ได้ถูกกดเป็นผลให้เกิด shear stress ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเส้นประสาท

ใยประสาทที่อยู่บริเวณผิวของเส้นประสาท จะได้รับแรงกดมากกว่าที่บริเวณกลางเส้นประสาท ซึ่งเป็นผลให้ใยประสาทที่ผิวมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและสูญเสียความสามารถในการนำสัญญาณประสาทมากกว่าส่วนที่อยู่กลาง การเปลี่ยนแปลงของลักษณะโครงสร้าง (deformation) ของเส้นประสาทจะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเส้นประสาทได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน โดยจะพบว่า myelin sheath ของ ใยประสาทจะบางลงที่ปลายด้านที่อยู่ใกล้ตำแหน่งที่ถูกกดของ internodal segment อีกทั้งมีการหนาตัว และมีการบวมของ myelin

sheath ของปลายด้านที่อยู่ห่าง ทำให้เกิดเป็นลักษณะคล้ายลูกกบ (tadpole) ว่ายน้ำหนีออกจากจุดศูนย์กลางของตำแหน่งที่เส้นประสาทถูกกดทั้ง 2 ด้าน ซึ่งรอยโรค (lesion) ลักษณะนี้ถูกเรียกว่าเป็น tadpole lesion

การเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนของโลหิต หลอดโลหิตที่มาเลี้ยงเส้นประสาทเข้ามาทาง mesoneurium ซึ่งจะช่วยให้เส้นประสาทสามารถเคลื่อนที่ หรือเปลี่ยนแปลงตำแหน่งและความตึง (tension) ได้ในขณะที่มีการเคลื่อนที่ของแขนขา โดยไม่มีผลรบกวนต่อระบบไหลเวียนของโลหิต หลอดโลหิตที่เข้าทาง mesoneurium นี้ จะให้แขนงวิ่งไปใน epineurium ของเส้นประสาท แล้วจะให้แขนงย่อยเชื่อมต่อกันเป็นร่างแหในชั้น perineurium ถ้าเกิดมีการขัดขวางของ venous return โดยกลไกต่าง ๆ เช่น การถูกกดทับจากภายนอก ซึ่งกระดูกหักไปกดทับ จะมีผลทำให้เกิด venous congestion ของเส้นประสาทขึ้น อันจะทำให้เกิด endoneurial edema และมี anoxia ของเส้นประสาทส่วนนั้น ถ้า edema นี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ก็จะทำให้เกิด proliferation ของ fibroblast ซึ่งจะทำให้มี scar อยู่ภายใน โยประสาท จากการทดลองพบว่า ความดันที่กดบนผิวของเส้นประสาทมีผลให้การไหลเวียนของโลหิตดำในชั้น epineurium ช้าลง ซึ่งจะทำให้ axonal transport ช้าลงตามไปด้วย และความดัน 50 มม.ปรอท ที่กดบนเส้นประสาท เป็นค่า " ความดันวิกฤต " (critical pressure) ที่จะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตภายในเส้นประสาทหยุดทำงาน เส้นประสาทขาดโลหิต จนเกิด local conduction block ในที่สุด

จะเห็นได้ว่า การผูกมัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่สามารถป้องกัน หรือลดความเสียหายได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเหมาะสม การจะดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากความเสียหายที่กล่าวมา ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงมาปรับใช้ดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด

3.3 การประเมินการบาดเจ็บ ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน

3.3.1 การประเมินบาดแผล เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพยาบาลและพยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการหายของแผลเป็นพื้นฐาน การประเมินบาดแผลขึ้นอยู่กับสาเหตุการเกิดแผล ขนาด ลักษณะของแผลและสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล การประเมินได้แก่

- เกี่ยวกับวันเวลา สาเหตุการเกิดบาดแผล และลักษณะของบาดแผล
- การวัดขนาดของแผล (wound measurement)
- การประเมินตามสีของแผล (color codes)

ตารางที่ 2 หลักเกณฑ์ในการประเมินบาดแผล

| สิ่งที่ควรประเมิน | การประเมิน |
|------------------------------|--|
| 1. วัน เวลา | - วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือที่เกิดบาดแผล |
| 2. สาเหตุ | - อะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดบาดแผล |
| 3. ชนิด | - เป็นแผลผ่าตัด หรือแผลจากอุบัติเหตุ |
| 4. ตำแหน่ง | - บาดแผลอยู่บริเวณใด อยู่ใกล้ช่องเปิดของร่างกาย เช่น ทวารหนัก อวัยวะสืบพันธุ์หรือไม่ เพราะเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อได้มาก หรืออยู่บริเวณที่มีแรงกดทับ เช่นบริเวณก้นกบ |
| 5. ความกว้าง ความยาว ความลึก | - วัดขนาดความกว้าง ความลึกของบาดแผล ถ้าแผลลึกมากจะเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ อวัยวะภายในยื่นออกมา |
| 6. สิ่งคัดหลั่งออกจากแผล | - มีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลหรือไม่ ถ้ามี ลักษณะเป็นอย่างไร เช่นเป็นน้ำเหลืองค่อนข้างใส (serous) เป็นเลือด (sanguineous) เป็นน้ำปนเลือด (serosanguineous) เป็นหนอง (purulent) มีลักษณะสีเหลือง หรือ สีเขียวมีกลิ่นเหม็น |
| 7. จำนวนของสิ่งคัดหลั่ง | - ประมาณการของจำนวนสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลเช่น ชุ่มผ้ากอซ ปิดแผล ขนาด 2 ซม. X 2 ซม. หรือวัดได้เป็น มิลลิเมตร |
| 8. สิ่งแปลกปลอม | - มีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในแผลหรือไม่ บาดแผลจากอุบัติเหตุ อาจถูกแทงด้วยมีดหรือตะปู |
| 9. การเย็บแผล | - มีการเย็บแผลหรือไม่ ปากแผลปิดหรือไม่ แผลเย็บบวมมากหรือไม่ |
| 10. จำนวนของสิ่งคัดหลั่ง | - ประมาณการของจำนวนสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลเช่น ชุ่มผ้ากอซ ปิดแผล ขนาด 2 ซม. X 2 ซม. หรือวัดได้เป็น มิลลิเมตร |
| 11. สิ่งแปลกปลอม | - มีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในแผลหรือไม่ บาดแผลจากอุบัติเหตุ อาจถูกแทงด้วยมีดหรือตะปู |

| สิ่งที่ควรประเมิน | การประเมิน |
|--------------------------|--|
| 12. การเย็บแผล | - มีการเย็บแผลหรือไม่ ปากแผลปิดหรือไม่ แผลเย็บบวมมากหรือไม่ |
| 13. ผิวหนังรอบๆแผล | - มีผิวหนังปิดรอบแผลหรือไม่ สีอะไร ผิวหนังแตกหรือมีรอยถลอกที่เกิดจากการระคายเคืองจากสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล |
| 14. ภาวะติดเชื้อ | - แผลผ่าตัดอาจนำไปสู่การติดเชื้อได้ ส่วนแผลจากอุบัติเหตุมีโอกาสติดเชื้อได้มากบริเวณที่เกิดจากการติดเชื้อ ติดเชื้อชนิดใด โดยการส่งหนองเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ (culture and sensitivity testing) เพื่อทราบชนิดของเชื้อและยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม |
| 15. ภาวะเลือดออก | - มีเลือดออกมากขึ้นและสีเลือดสดๆหรือไม่ การตกเลือดทางบาดแผล หรือทางร่างกาย |
| 16. แผลไม่ติด | - แผลแยก หรือใหม่เย็บขาดหรือไม่ |
| 17. อวัยวะภายในยื่นออกมา | - แผลแยก มีอวัยวะภายในยื่นออกมาหรือไม่ (evisceration) |
| 18. สัญญาณชีพ | - ผิดปกติหรือไม่ |
| 19. ภาวะจิตสังคม | - การตอบสนองด้านจิตสังคมที่มีต่อบาดแผล เช่นวิตกกังวล โกรธกลัว และสูญเสียภาพลักษณ์ |

(Bolander, 1994: 1363 – 1364)

การวัดขนาดของบาดแผล (wound measurement)

บาดแผลจะมีทั้งความยาว ความกว้าง และบางรายอาจมีความลึก จึงจำเป็นต้องวัดทั้ง 3 มิติ โดยใช้มาตราวัดเป็นเซนติเมตร และจำเป็นต้องบันทึกไว้ในรายงานการพยาบาลเสมอ ในการวัดแต่ละมิติ ได้แก่ (Motta & Whitaker, 1996: 45)

1. ความยาว(length) วัดจากตำแหน่ง 12 นาฬิกา ถึง 6 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรง
2. ความกว้าง (width) วัดจากตำแหน่ง 3 นาฬิกา ถึง 9 นาฬิกา เป็นแนวเส้นตรงเช่นกัน
3. ความลึก (depth) โดยการใส่ปลายไม้พันสำลี (swab) เข้าไปในบาดแผลให้ลึกที่สุด โดยหมุนไม้พันสำลีลงไปจนสุด โดยวิธีการปราศจากเชื้อ (sterile technique)

การประเมินตามสีของบาดแผล (color code)

ในการประเมินตามสีของแผลใช้ในแผลชนิดเปิด (open wound) และเป็นแผลชนิดที่หายแบบทุติยภูมิ (secondary intention) โดยสังเกตสีของแผล 3 สี เรียกว่า มโนทัศน์ 3 สี (three – color concept) ซึ่งประกอบด้วย สีแดง-สีเหลือง-สีดำ หรือเรียกว่า RYB classification system ทั้งนี้ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การประเมินบาดแผลดังกล่าวนี้ได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1988 โดยแคซเซิลและบลังโก (Cazzle & Blanco) ซึ่งเป็นแนวคิดจากประเทศในแถบยุโรป (Krasner, 1995: 44)

มโนทัศน์การประเมิน 3 สี (three-color concept or RYB classification system) (Scotts, 1990: 59-61; Krasner, 1995: 44-47) ได้แก่

- **สีแดง (red wound)** เป็นแผลที่มีตุ่มเนื้อเล็กๆ หรือแกรนูเลชัน (granulation) และเป็นการสมานของแผลตามปกติจะมีตุ่มเนื้อเล็กๆ สีชมพูอ่อน ต่อมาจึงปกคลุมหนาขึ้นและกลายเป็นสีแดงสด แผลที่มีการเจริญดีแล้วจะมีสีแดงชุ่มชื้น

- **สีเหลือง (yellow wounds)** เป็นสีของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล โดยมีเชื้อแบคทีเรียออกมาพร้อมกับสิ่งคัดหลั่ง ซึ่งมีลักษณะสีเหลืองขุ่น เหลืองปนเขียว หรือสีเหลืองปนแดง และมีเนื้อตายเป็นสีเหลือง (fibrinous slough) แผลชนิดนี้ต้องตัดเนื้อตายออกเพื่อลดปริมาณของแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่

- **สีดำ (black wounds)** เป็นแผลที่มีเนื้อเยื่อตายมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง มีสิ่งคัดหลั่งจากแผลและมีเนื้อตายสีดำ (eschar) หรืออาจเป็นสีเทา น้ำตาลเข้ม แผลชนิดนี้ได้แก่ แผล gangrene แผลไหม้ที่ทำลายชั้นของผิวหนังทั้งหมด (full thickness burns) หรือ แผลกดทับระดับที่ 3-4 จำเป็นต้องตัดแต่งบาดแผล (debridement) โดยขจัดเนื้อตายออกให้หมด ร่วมกับการใช้ยา การทำความสะอาดบาดแผล และปิดแผลด้วยวัสดุ ปกปิดแผลชนิดที่ขจัดเนื้อตาย

ในบาดแผลชนิดที่หายแบบปฐมภูมิ ขนาดของบาดแผลเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องบันทึกไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบาดแผลจากอุบัติเหตุหรือมีบาดแผลหลายตำแหน่ง ซึ่งจะพบความผิดปกติของการหายของแผล

3.3.2 การประเมินการบวม บวม หมายถึง การคั่งของของเหลวในช่องระหว่างเซลล์มากกว่าปกติ (สุปราณี วศินอมร, 2537) เป็นผลให้มีน้ำและอิเลกโตรลัยต์เกินในร่างกาย อาการบวมอาจเกิดเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีอาการบวมที่ท้องและที่เท้าทั้ง 2 ข้างเนื่องจากเลือดดำไหลเวียนจากตับสู่หัวใจไม่ปกติ โรคไตบางชนิด เช่น

ภาวะความเสื่อมของเยื่อหุ้มที่บริเวณหลอดเลือดของไต (nephrotic) และหัวใจวาย ของเหลวที่แทรกซึมเข้ามาในระหว่างเซลล์แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ

- 1.) ของเหลวที่เกิดจากการอักเสบ ถ้านำของเหลวนี้ไปวัดความถ่วงจำเพาะจะมีค่ามากกว่า 1.016
- 2.) ของเหลวที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การอักเสบ นำไปวัดความถ่วงจำเพาะมีค่าอยู่ระหว่าง 1.012- 1.016

สาเหตุและกลไกของการบวม การบวมเกิดจากการขาดสมดุลของความดันภายในหลอดเลือด หลอดน้ำเหลืองและระหว่างเนื้อเยื่อ สรุปสาเหตุและกลไกการบวมได้ดังนี้

- 1.) การคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำหรือการอุดตันของหลอดน้ำเหลือง
- 2.) โปรตีนในกระแสเลือดต่ำ
- 3.) การคั่งของโซเดียมในร่างกาย

อาการและอาการแสดง

1.) อาการจากการสังเกต ตรวจร่างกายและประวัติของผู้ป่วย

- 1.1. สังเกตผิวหนังบริเวณที่บวมจะตึง ลักษณะมีน้ำขัง สีค่อนข้างซีด
- 1.2. เมื่อกดผิวหนังบริเวณที่บวมแล้วยกนิ้วออกโดยเร็ว จะปรากฏรอยบุ๋มค้างอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากขณะที่กด น้ำที่อยู่บริเวณระหว่างเนื้อเยื่อออกจากบริเวณที่ถูกกด
- 1.3. จากประวัติผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือมีลักษณะตัวอ้วนแบบฉุๆ ก่อนที่จะปรากฏอาการอื่นให้เห็น โดยประวัติผู้ป่วยจะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้แน่ชัดมากขึ้น เช่น

- อาการบวมจากโรคไต มักเกิดเนื่องจากไตไม่สามารถกรองและขับน้ำออกจากร่างกายทำให้ระดับน้ำภายในหลอดเลือดมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลของแรงดูดซึมผ่านผนัง หลอดเลือดและแรงดันน้ำภายในหลอดเลือด ของเหลวภายในหลอดเลือดซึมสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ทำให้เกิดอาการบวมทั้งตัว และบริเวณที่บวมเห็นชัดในผู้ป่วยโรคไตคือบริเวณหนังตาทั้ง 2 ข้าง

- อาการบวมจากโรคหัวใจเป็นอาการบวมที่เกิดจาก ภาวะการคั่งในหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย เนื่องมาจากหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีแรงดันในหลอดเลือดดำสูง น้ำในหลอดเลือดดำเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์มากขึ้น จึงเกิดอาการบวมทั้งตัว

- อาการบวมจากโรคตับ เป็นอาการบวมที่เกิดขึ้นเนื่องจากการอุดตันของระบบน้ำเหลืองที่ตับ ระดับโปรตีนในหลอดน้ำเหลืองต่ำและตับสังเคราะห์อัลบูมินได้น้อย ทำให้เกิดภาวะอัลบูมินในกระแสเลือดต่ำ จึงเกิดอาการบวมในช่องท้องมาก ขณะเดียวกันพบว่ามีอาการบวมที่ส่วนปลายขาดด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการไหลกลับของเลือดที่ส่วนปลายของขาไม่สะดวก

- อาการบวมจากหลอดเลือดน้ำเหลืองถูกอุดตัน จะเป็นการบวมเฉพาะแห่งกดไม่บวม อาจเนื่องมาจากการอุดตันหรือการอักเสบ

2.) อาการที่ตรวจพบทางห้องทดลอง เช่น

2.1. ตรวจพบว่าระดับโปรตีนในเลือดต่ำกว่าปกติ ระดับโซเดียมในน้ำระหว่างเซลล์สูงกว่าปกติ ปริมาตรของกลุ่มเม็ดเลือดแดงและสารสีแดงของเม็ดเลือดแดงลดต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากกลไกการสร้างของไขกระดูกเสียไป

2.2. ความถ่วงจำเพาะน้ำระหว่างเซลล์สูงกว่าปกติ

2.3. ตรวจทางเอกซเรย์อาจพบหัวใจโต

ในการผูกมัดผู้ป่วยนั้นสิ่งสำคัญคือ ต้องทราบประวัติโรคทางกาย ประเมินอาการทางกายให้ได้ เนื่องจากอาการทางกายที่เป็นอยู่หากได้รับการผูกมัดจะยิ่งทำให้อาการแย่ลงจนอาจถึงกับเสียชีวิตได้ ส่วนในกรณีการบวมของผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด สามารถแยกอาการบวมจากสาเหตุต่างๆ ให้ได้ เนื่องจากการบวมจากการผูกมัดเป็นการบวมเฉพาะแห่งกดไม่บวมสาเหตุมาจากการถูกอุดกั้นการไหลเวียนชั่วคราว ประเมินความรุนแรงได้จากระดับของการบวมที่สังเกตเห็นและการใช้งานอวัยวะนั้นๆ

4. การบริหารความเสี่ยง

4.1 ความหมายและกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง ความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสีย หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สิน (วิทย์กร เขียวกรู, 2542) ลักษณะการตัดสินใจภายใต้ความเสี่ยง ผู้ตัดสินใจจะต้องคาดคะเนถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ภายใต้วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และมีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจได้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ ; ปริญา ลัทธิตานนท์ และ สมชาย หิรัญกิตติ , 2538) สำหรับทางด้านองค์การสุขภาพ ความเสี่ยงเป็นโอกาสที่จะประสบกับการได้รับบาดเจ็บ หรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น (กฤษดา แสงวดี , 2542) ; Wilson , 1999) ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

กระบวนการการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง(Risk management) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการกระทำและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์(Bowyer, 1987) หรือกระบวนการแก้ปัญหา (Loveridge and Cummings, 1996) ที่สามารถระบุได้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เสาะแสวงหา กิจกรรมเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งความเสี่ยงอย่างแท้จริงและความเสี่ยง

แบบคาดการณ์ล่วงหน้า ลงมือจัดทำกิจกรรมและประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงทั้งในผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ รวมทั้งลดโอกาสการสูญเสียทางการเงินของโรงพยาบาล โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนพื้นฐาน ได้แก่ (อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, 2543)

การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา อาจจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุดคือ การเฝ้าระวังและมีระบบ รายงานเมื่อเกิดปัญหา เพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือการตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากเพียงใด บ่อยเท่าใด และก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใดและในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทুমเหตุความพยายามกับการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาล มากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อย

การประเมินความเสี่ยงในขณะเกิดเหตุคือ การบริหารการจ่ายเงินชดเชย (claim management) ได้แก่ กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีความเสียหายเกิดขึ้น

การจัดการกับความเสี่ยง (Action to Manage Risk) จัดการกับความเสี่ยงอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1)การเตรียมการก่อนเกิดเหตุอาจทำได้โดยการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การผ่อนถ่ายความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง 2)การควบคุมการสูญเสียเมื่อเกิดเหตุ และ 3)การบริหารเงินชดเชยค่าเสียหาย

การประเมินผลความเสี่ยง (Risk Evaluation) เป็นการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของเกราะกำบังที่เลือกใช้ป้องกัน ซึ่งควรทำอย่างน้อยปี ละครั้ง

4.2 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการผูกมัด

ความเสี่ยงในการผูกมัดผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงนั้น นอกจากจะเกิดอาการบาดเจ็บดังที่กล่าวมาแล้ว การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการผูกมัดเกิดจากสาเหตุต่างๆที่ควรรู้ ควรศึกษาไว้เพื่อดูแลป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยการผูกมัด ทำให้ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงที่จะบาดเจ็บและตายได้ ยิ่งกว่านั้นการผูกมัดยังทำให้ผู้ป่วยฟกช้ำถึงแม้จะไม่ถึงขั้นบาดเจ็บสาหัส

หรือตาด Hartford Courant (1995) ระบุว่าในระหว่างปี 1988-1998 มีรายงานการเสียชีวิต 142 คน ในศูนย์สุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด ผู้เสียชีวิตเหล่านี้ยังอยู่ในวัยที่ไม่สมควรจะเสียชีวิตและมีเพียงเอกสารรายงานการเสียชีวิตเท่านั้น และการศึกษาคณะผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดข้อผิดพลาด ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต ซึ่งได้แก่การขาดน้ำ การขาดอากาศหายใจ ปัญหาระบบการไหลเวียนและผิวหนัง สูญเสียพลังกำลังและการเคลื่อนไหว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ รวมถึงได้รับบาดเจ็บจากผู้ป่วยอื่น จากการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะได้รับการผูกมัด ทำให้มีการศึกษาถึงกลไกทางสรีระที่อาจเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากการผูกมัด ในปี 1998 JCAHO Sentinel Event Alert ได้ตรวจสอบการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด 20 คน พบว่า 40% ของการเสียชีวิตมาจากการขาดอากาศหายใจ ที่เหลือมาจากการถูกรัดคอ โรคหัวใจและไฟไหม้สำคัญวัน การเสียชีวิตมาจากการขาดอากาศหายใจเพียง 4-5 นาทีก็ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตได้แล้ว ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้น้ำหนักกดด้านหลังผู้ป่วยขณะนอนคว่ำ การพันผ้าขนหนูบนศีรษะผู้ป่วยเพื่อป้องกันการถ่มน้ำลายหรือกัด

การขาดออกซิเจนจากการผูกมัด

การขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตจากการผูกมัด (Reay, 1998) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ การเสียชีวิตจะเกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ หรือสารผิดกฎหมายบางอย่าง แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะไม่ได้เกิดจากสารมึนเมา แต่ก็มีโอกาสถูกสั่งให้ยาระงับประสาทส่วนกลาง หรือยาที่มีผลต่อจิตประสาทอย่างอื่น (Reay et al, 1998) ได้ศึกษาผลทางกายภาพที่เกิดจากการจำกัดท่าการผูกมัด (position restraint) โดยการจัดท่าเพื่ออธิบายถึงการเสียชีวิตที่ไม่คาดคิดจากการผูกมัด ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี จากการวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงใหญ่และอัตราการเต้นของหัวใจในคน 10 คน พบว่า 9 ใน 10 ใช้เวลาฟื้นตัวนานขึ้นจากการทดสอบโดยอยู่ในท่านอนคว่ำ กลไกพื้นฐานยังไม่ชัดเจนแต่ปัจจัยที่น่าจะเป็นไปได้คือการเคลื่อนไหวของทรวงอกจากการหายใจถูกจำกัดและการเกิด catecholamines (กลุ่มของสารสื่อประสาทที่มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ) ในระหว่างออกแรง การขาดออกซิเจนเกิดขึ้นเมื่อการจัดท่าร่างกายไปขัดขวางกระบวนการหายใจ การเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนพบว่า ผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่ในท่าที่หายใจไม่สะดวกพอ การถูกกดหน้าอก การถูกรัดบริเวณท้องและหน้าอก การอยู่ในท่านอนคว่ำหรือท่าที่ศีรษะพับงอไปที่หน้าอก และมีโอกาสเกิดมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยพยายามดิ้นรนเพื่อให้หลุดจากการผูกมัด

Reay และคณะ (1982) ยังได้ศึกษาการเสียชีวิตจากการถูกกดที่คอ การล็อกคอ เป็นเทคนิคในการใช้บังคับ ที่เคยใช้ในการต่อต้านการจับกุม หรือควบคุมนักโทษที่ชอบต่อสู้ แรงกดที่ข้อต่อขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอสองเส้น ทำให้เกิด sinus เป็น

ผลให้หัวใจเต้นช้าลงและหยุดทำงานในที่สุด การล็อกคอชนิดที่ 2 คือ การปิดกั้นอากาศโดยการกดแขนด้านในตรงบริเวณหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยพยายามดิ้นรนให้ตนเองเป็นอิสระจะยิ่งเพิ่มแรงรัดที่ลำคอ ทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวายมากขึ้นเมื่อหายใจไม่ออก ยิ่งต้องการออกซิเจนมากขึ้นก็ยิ่งดิ้นรนมากขึ้นจึงเสียชีวิตในที่สุด

การเสียชีวิตจากการสำลัก

JCAHO ตั้งสมมติฐานว่าขณะที่การผูกมัดผู้ป่วยในท่านอนคว่ำ อาจทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่ออก การผูกมัดในท่านอนหงายก็อาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้ (Mann et al, 1986) การสำลักเกิดขึ้นได้เมื่อความมีสติลดลงหรือเกิดจากอาการป่วย หรือการได้รับยา การอยู่ในท่านอนหงายและถูกผูกมัด ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย รวมทั้งระดับความรู้สึกสติลดลงหรือเปลี่ยนแปลง ทำให้ขาดความสามารถในการหายใจของผู้ป่วย การเสียชีวิตเกิดจากการขาดออกซิเจน อาการปอดบวมอย่างรุนแรงหรือปอดอักเสบ (Plantadosi, 1996) ปัจจุบันโปรแกรมการผูกมัดแนะนำให้ใช้ท่านอนหงายและนอนคว่ำ แต่ยังไม่มีความเพียงพอที่จะบอกได้ว่าแบบไหนปลอดภัยกว่ากัน

การหลั่ง catecholamines อย่างกระทันหัน

การปลดปล่อย catecholamine จากต่อมหมวกไตในปริมาณมากเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีความกระวนกระวายมากขึ้น การต่อสู้กับเจ้าหน้าที่ การถูกผูกมัด หรือการถูกกดลงกับพื้น catecholamine ที่หลั่งออกมาจะกระตุ้นและรบกวนจังหวะการเต้นของหัวใจ (Lown, 1977) การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดพฤติกรรมและกระตุ้นความเครียด ทำให้รบกวนจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างรุนแรง (Engel, 1978; Kirby DA, Pinto JM, Hottinger S, Johnson DA, Lown B, 1991)

ปัจจัยทางด้านจิตประสาทเกิดความเครียด เนื่องจากศูนย์รวมประสาทของร่างกายเป็นระบบที่ซับซ้อน เมื่อมีข้อมูลจากในและนอกระบบประสาทมากระตุ้น จึงส่งผลทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติและเสียชีวิตอย่างกระทันหัน (Grossman et al, 1996)

การเสียชีวิตจากการออกแรงอย่างมาก จะแตกต่างจากที่กล่าวมา อายุรแพทย์จากแผนกฉุกเฉิน ได้รายงานกรณีที่พบว่ามีกรดในร่างกายนสูงในหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผูกมัด ตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งเสียชีวิตซึ่งเสฟโคเคน มีค่า pH ในเลือด 6.25 ตัวแปรทั่วไปคือการออกแรงจากทั้งหนีและหรือการต่อสู้เมื่อถูกจับ นายแพทย์ผู้เขียนพิจารณาว่าอาการทางจิตไม่ปกติและเพ้อคลั่ง อาการเพ้อคลั่งจากสารเสพติด มีผลต่อระดับการรับรู้ความเจ็บปวดและอาจทำให้ผู้ป่วยออกแรงมากขึ้นจนเกินกำลัง การต่อสู้ดิ้นรนที่มากขึ้นจากการผูกมัดจะยิ่งเกิดภาวะความเป็นกรดในกระแสเลือดสูงขึ้นจนทำให้เสียชีวิตได้

การรักษาด้วยยาทางจิตเวช

ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดอาจได้รับผลร้ายมากขึ้น จากการให้ยาที่มีผลต่อจิตใจหรือยาอื่นๆเช่นเดียวกับสารเสพติด การเสียชีวิตกะทันหันของผู้ป่วยมีรายงานมาหลายปีแล้ว (Farnham & Kennedy, 1997) และสืบเนื่องมาจากอาการตื่นตกใจสุดขีด การเสียชีวิตกะทันหัน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางคลินิกอย่างฉับพลัน (Grossman et al, 1996) การให้ยาที่มีผลต่อจิตประสาทและกรณีการเสียชีวิตกะทันหัน พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตถูกรักษาด้วยยา Phenothiazine มากเกิน (Mehtonen et al, 1991) และยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับสาร neuroleptics (สารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ 2.39 เท่า (Mehtonen et al, 1991)

ผลกระทบต่อหัวใจรวมถึงการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Peele & Von, 1960) ได้มีการการจัดทำเป็นเอกสารหลายๆเอกสาร อาการในช่วง QT ที่ขยายออกไปมีผลต่อการรักษาทางจิตเวชเป็นบางครั้ง ยาในท้องตลาดมากกว่า 40 ตัว และยาที่อยู่ในช่วงพัฒนาจำนวนเท่าๆกัน พบว่ามีการสกัดทางเดินของ potassium และบางครั้งทำให้เกิด torsades de points (ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติหลายรูปแบบ ซึ่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงทุกการเต้นของหัวใจ และอัตราการเต้นเปลี่ยนแปลง จาก 150 เป็น 250 ครั้งต่อนาที ทำให้กล้ามเนื้อกระดูกอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ (Schwartz et al, 1975; Bessette & Jacobson, 2001)

การใช้ยา Tricyclic antidepressant (กลุ่มยาที่รักษาอาการซึมเศร้า) จะเพิ่มช่วง QT และมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตกะทันหัน (Marshall & Forker, 1982; Reilly et al, 2000; Hatta et al, 2000) การใช้ยารักษาทางจิตตัวอื่นๆ ทราบกันว่าเป็นการขยายช่วง QT ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติหรือไม่มีอาการของโรคหัวใจ (Reilly et al, 2000; Hatta et al, 2000) สารที่ใช้รักษาอาการทางจิตหลายตัวมีคุณสมบัติ anticholinergic (Waternberg et al, 1999) การให้ยาประเภทนี้ จะทำให้กลไกการลดอุณหภูมิของร่างกายลดการทำงานลง ในเด็กและผู้สูงอายุที่กระวนกระวายอย่างมาก ในขณะที่ต่อสู้กับเจ้าหน้าที่และต่อต้านการควบคุม สูญเสียความสามารถในการระบายความร้อนการผูกมัดจึงทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นเกิดภาวะไข้สูงและอันตรายถึงชีวิต

การแตกสลายของกล้ามเนื้อลาย (Rhabdomyolysis)

ส่วนใหญ่เกิดในคนที่มีสุขภาพดี การแตกสลายของเซลล์กล้ามเนื้อเป็นผลมาจากการออกแรงอย่างมาก การติดเชื้อ อาหารเป็นพิษ ภาวะพร่องบางอย่าง การบาดเจ็บ การเร่งให้เกิด Rhabdomyolysis คือการใช้กำลัง การออกแรง (exercise rhabdomyolysis [ER]) และการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด แพทย์ทางทหารและกีฬารายงานว่ามีการออกแรงหลาย

รูปแบบที่ทำให้เกิด ER การออกแรงอย่างมาก อากาศร้อน และภาวะการใช้แรงสูงสุดของร่างกายอย่างไม่เหมาะสม หรือไม่คุ้นเคยเป็นสาเหตุหลัก Rhabdomyolosis ยังเป็นลักษณะสำคัญของอาการ Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) เกี่ยวข้องกับการให้ยาพวก Neuroleptic และ Dopamine (Levenson, 1985) การเสียชีวิตที่ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดในชายคนหนึ่งที่มีอาการคลั่งอย่างมากและได้รับยา Lorazepam อาจอธิบายได้ด้วย ER Rhabdomyolosis เป็นผลมาจากการออกแรงมากเกินไปและการ สูญเสียน้ำ (Fernandez-Real et al, 1994) การเสียชีวิตอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายๆกันเป็นผลมาจาก Rhabdomyolosis ภาวะ Hyponatremia การได้รับ Benzodiazepine Chlopromazine และ full sheet restraint ทำให้เกิดการพัฒนาไปเป็น Rhabdomyolosis (Fernandez-Real et al, 1994; Greenland & Southwick, 1978) เนื่องจากมีหลักฐานที่น่าเชื่อถือได้ว่า Rhabdomyolosis มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตที่ไม่ได้เกิดจากการขาดออกซิเจนหรือการถูกกดที่คอ จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เคยมีประวัติเพื่อคลั่งอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอาการมีนเมาหรือทั้ง 2 อย่าง

Thrombosis

ภาวะอุดตันโดยลิ่มเลือดในหลอดเลือดปอด และหลอดเลือดดำอักเสบ ได้มีรายงานว่ามีสภาวะเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างแรงในระหว่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นเวลานาน (McCall et al, 1995; Sukov, 1972) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ อาจเป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ (Hem et al, 2001) มีรายงานหนึ่งกรณีจากการผูกมัดผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นสาเหตุจาก thrombosis (McCall et al, 1995)

4.3 พยายามกับการบริหารความเสี่ยง

วิชาชีพการพยาบาลนั้นจุดเน้นที่สำคัญคือ การมีความรับผิดชอบในคุณภาพ การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่มีข้อผิดพลาดเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญประการหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดคุณภาพ แนวคิดในการจัดการการพยาบาล เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐาน การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาล อยู่ในมาตรฐานที่ 4 ของมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and midwifery Service Organization) ที่ระบุไว้ว่า องค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยง (risk management) และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์กรนั้นๆ นอกจากนั้นความปลอดภัยจากความ

เสียงยังได้ถูกระบุไว้เป็นองค์ประกอบแรกของมาตรฐาน ผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery Outcome Standard) (ราชกิจจานุเบกษา, 2544) การจัดการให้เกิดคุณภาพการพยาบาลควรครอบคลุมสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (เรณู อัจฉาสี, อรพรรณ โตสิงห์, 2546)

4.3.1. ครอบคลุมกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล (process of practice)

4.3.1.1. ปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน(standard) คือกระบวนการปฏิบัติเป็นวิธีการที่พิสูจน์ว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์พึงประสงค์ไม่เป็นการปฏิบัติแบบลองผิด ลองถูก หรือต้องประกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด หรือความเสี่ยงต่าง ๆ ได้

4.3.1.2. ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งรวมถึงข้อมูลหลักฐานทางคลินิก(clinical based) และข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย (research based) ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ทันสมัย มีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา และสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น นั่นคือการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด หรือจัดการกับความเสี่ยงต่าง ๆ นั้น ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นสำคัญ

4.3.1.3. มีระบบจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการควบคุมให้เกิดการปฏิบัติที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงตลอดกระบวนการดูแล

4.3.2. ครอบคลุมกระบวนการจัดการและวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล (outcome management and outcome measurement) โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ละห่อนถึงผลสัมฤทธิ์ของการบริหารจัดการกับความเสียงอย่างมีมาตรฐาน อันเป็นที่ยอมรับในทางสากล

1. ผลลัพธ์ต้องครอบคลุมมิติต่าง ๆ เหล่านี้คือ (Urden , 1999)
2. การปลอดจากความเสียงที่เกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิก
3. การปลอดจากความเสียงที่เกี่ยวข้องกับมิติทางจิตสังคม
4. การปลอดจากความเสียงที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน
5. การปลอดจากความเสียงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่คุ้มค่า
6. ผู้ใช้บริการต้องเกิดความพึงพอใจ

การหารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบริหารความเสียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล จึงเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักและถือเป็นภารกิจสำคัญของวิชาชีพในที่นี่ผู้ศึกษาจึงได้นำกรอบแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) มาปรับใช้เป็นแนวทางในการ

บริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดในสถานบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

4.4 แนวทางในการบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดสำหรับพยาบาล

การหารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล จึงเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักและถือเป็นภารกิจสำคัญของวิชาชีพในที่นี้ผู้ศึกษาจึงได้นำกรอบแนวคิดของอนุวัฒน์ สุมาชุตินกุล มาปรับใช้เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดในสถานบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้เข้าร่วมโครงการระดมสมองและใช้ประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยในจิตเวช ร่วมกันค้นหาความเสี่ยงเรื่องการบาดเจ็บใน ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดในอดีตที่ผ่านมา พบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิตแต่ที่พบบ่อยๆและหากพบเร็วก็จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่มากขึ้นได้ ได้แก่

1.) อาการฟกช้ำ
2.) อาการบวม
3.) บาดแผลจากการเสียดสี
4.) การบาดเจ็บของผิวหนังจากการดึง รัด และกด
5.) กล้ามเนื้ออ่อนแรง เส้นประสาทถูกกดทับ

วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง พบว่ามีโอกาสเกิดการบาดเจ็บทุกข้อที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะในปัจจุบันหากเกิดความเสี่ยงขึ้นจะมีโอกาสถูกฟ้องร้องได้มาก และร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุการเกิด และสาเหตุการเกิดปัญหาการบาดเจ็บจากการผูกมัดแบ่งใหญ่ๆเป็น 4 ด้านได้แก่

1.) ด้านอุปกรณ์การผูกมัด ที่ไม่พร้อมใช้งาน เช่นเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงต้องรีบผูกมัดแต่ผ้าสำหรับผูกมัดขาดไปบางส่วน ก็จำเป็นต้องใช้ส่วนที่เหลือผูกซึ่งเป็นส่วนที่กระด้างไม่นุ่มไม่เหมาะที่จะเป็นส่วนที่สัมผัสกับผิวหนัง บางครั้งบริเวณที่บุฟองน้ำ มีการฉีกขาดเสื่อม ชำรุด ขาดความนุ่มเมื่อผู้ป่วยดิ้นรนจะเกิดการเสียดสี ดึงรั้งทำให้เกิดการบาดเจ็บขึ้นได้

2.) ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ไม่มีการกำหนดเตียงสำหรับผูกมัดโดยเฉพาะผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงใกล้เตียงไหนก็จะผูกเลย ในขณะที่ผู้ป่วยพฤติกรรมถือเป็นจิตเวชฉุกเฉินซึ่งบางครั้งการอยู่ห่างจากห้องพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร

3.) ด้านบุคลากร การไม่มีแนวทางการปฏิบัติเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ขาดความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรง การผูกมัด

ผู้ป่วย การบาดเจ็บที่จะเกิดจากการผูกมัด อาจทำให้ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดบาดเจ็บได้

4.) ตัวผู้ป่วยเองที่มีอาการรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ ดิ้นรนมากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมในเวลาที่ยาวนาน ก็มีโอกาสเกิดบาดเจ็บได้

วิเคราะห์แนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ผู้ศึกษาได้เตรียมไว้ในด้านความสามารถนำปฏิบัติจริง ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการเสนอให้ผู้ศึกษาปรับรูปแบบการเขียนให้อ่านง่าย เห็นขั้นตอนและปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น ผู้ศึกษาได้ปรับตามคำแนะนำของที่ประชุมได้แนวทางการจัดการความเสี่ยง 4 ด้าน

แนวทางการจัดการความเสี่ยง

ด้านอุปกรณ์การผูกมัด

- 1.) จัดเตรียมผ้าสำหรับผูกมัดบุฟองน้ำหนาตามแบบของโรงพยาบาลให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน สะอาด จำนวนเพียงพอ (ประมาณ 30 –50 เส้นแล้วแต่ความต้องการใช้งาน)
- 2.) จัดเตรียมผ้าหนานุ่มสำหรับรองระหว่างผ้าผูกมัดกับผิวหนังในกรณีผู้ป่วยดิ้นรนมาก
- 3.) จัดเตรียมเตียงที่แข็งแรงและมีห่วงใต้เตียงสำหรับผูกสายผ้าตรงส่วนหัวเตียงและกลางเตียงเพื่อจัดท่านอนให้แขนผู้ป่วยแขนข้างหนึ่งขึ้นทางเหนือศีรษะ และอีกข้างต้องแนบอยู่ข้างลำตัว
- 4.) มีแบบบันทึกการผูกมัดผู้ป่วยวางไว้ในที่ที่สามารถมองเห็นและหยิบใช้ได้ง่าย

ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

- 1.) ต้องมีการกำหนดเตียงเฉพาะสำหรับผูกมัดซึ่งเป็นที่รับรู้ของบุคลากรทุกคน
- 2.) เตียงตั้งอยู่ใกล้ห้องพยาบาลซึ่งพยาบาลสามารถมองเห็นได้ตลอด
- 3.) อากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่ร้อน หรือเย็นเกินไป

ด้านตัวผู้ป่วยเอง

- 1.) แยกประเภทผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมรุนแรง โดยการผูกมัดให้เป็นจิตเวชฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลได้เหมาะสมกับอาการ
- 2.) ฉีดยา prn เพื่อสงบอากาศ ถ้าฉีด 2 ครั้ง ตามแผนการรักษาแล้วอาการยังไม่สงบต้องรายงานเพื่อให้ได้รับการรักษาเพิ่มเติมตามเหมาะสม

ด้านบุคลากร

บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.) เป็นผู้มอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบในการเตรียมอุปกรณ์และตรวจสอบให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ
2.) เตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด โดยมอบหมายให้อ่าน คู่มือแนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดและวัดความโดยใช้เครื่องมือวัดความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงและการผูกมัดผู้ป่วย โดยเกณฑ์ผ่านคือ ร้อยละ 80 หากไม่ผ่านให้อ่านทำความเข้าใจคู่มือซ้ำ และพูดคุยเป็นรายบุคคลเพื่อทำความเข้าใจกับข้อที่ตอบไม่ได้
3.) เป็นผู้ดำเนินการให้มีการกำหนดสถานที่สำหรับผูกมัดและประกาศให้ทราบโดยทั่วกันทุกคนภายในตึก
4.) เป็นผู้นำประชุมปรึกษาเรื่องการป้องกันการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด
5.) มอบหมายให้พยาบาลประจำการในทีมเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการผูกมัด
6.) เป็นผู้นิเทศให้มีการดำเนินการดูแลตามแนวทางการจัดการความเสี่ยง
7.) จัดให้มีการทบทวนความเสี่ยงจากการผูกมัดทุกครั้งี่ประชุมหรือตามแต่ที่จะตกลงกันแต่ไม่ควรเกิน 3 เดือน

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำการ

1.) เป็นผู้มีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงและการผูกมัดผู้ป่วยเป็นอย่างดี
2.) ร่วมประชุมปรึกษาเรื่องการป้องกันการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด
3.) ให้การพยาบาลตามวิธีปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย*
4.) ในกรณีเป็นหัวหน้าเวร เป็นผู้ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและตัดสินใจใช้การผูกมัดต้องเป็นผู้รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามวิธีปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ประเมินตัดสินใจสั่งแก้ผูกมัดและดูแลหลังการผูกมัด
5.) ประเมินการบาดเจ็บโดยใช้เครื่องมือวัดการบาดเจ็บ
6.) บันทึกทุกครั้งี่ปฏิบัติกรพยาบาลตามวิธีปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย

วิธีปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย

ก่อนผูกมัด

1.) ประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการผูกมัด (โดยพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลหัวหน้าเวร)
2.) จัดเตรียมบุคลากรที่มีความรู้และทักษะการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 4 คน
3.) เตรียมผ้าผูกมัดที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน 4 เส้น
4.) เตรียมเตียงที่กำหนดไว้สำหรับผูกมัดมีผ้าปูเตียงเรียบตึงสะอาดพร้อมใช้งาน
5.) พยาบาลเป็นหัวหน้าทีมเจรจากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และเป็นผู้ให้สัญญาณให้เข้าจับยึดและผูกมัดผู้ป่วยพร้อมกันทุกจุดคือข้อมือ 2 ข้าง และข้อเท้า 2 ข้าง และทำการผูกมัด

การดูแลขณะอยู่ระหว่างการผูกมัด

1.) ตรวจสอบผ้าผูกมัดไม่ให้แน่นเกินไป (อาจทำให้การไหลเวียนไม่สะดวก) ไม่ให้หลวมเกินไป (อาจทำให้เกิดการเสียดสีระหว่างผิวหนังกับผ้าหรือแก้ผ้าผูกมัดได้เองก่อนที่อาการจะสงบ)
2.) หากผู้ป่วยดิ้นรนบิดตัวมาก ให้ใช้ผ้าหนานุ่มหรือก๊อสรองคั่นระหว่างผิวหนังผู้ป่วยกับผ้าผูกมัด
3.) ห้ามผูกมัดแขนขึ้นเหนือศีรษะพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง ต้องสลับข้างหนึ่งขึ้นอีกหนึ่งข้างต้องลง เปลี่ยนสลับข้างทุก 15 – 30 นาที
4.) เมื่อผู้ป่วยสงบลงบ้างแต่ประเมินว่ายังไม่ได้ต้องเปลี่ยนผูกแขนลงทั้ง 2 ข้าง
5.) ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย และควรให้ได้รับน้ำดื่มมากกว่าปกติเนื่องจากการออกแรงดิ้นรนมากขึ้น อากาศที่ร้อน ทำให้เสี่ยงที่ร่างกายจะขาดน้ำเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆได้
6.) ดูแลเรื่องการขับถ่ายตามความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยผูกมัดจะปวดบ่อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ผูกมัด
7.) ดูแลความสะอาดร่างกายให้ตามเวลาและความเหมาะสม เช่น เมื่อผู้ป่วยขับถ่ายก็รีบเปลี่ยนให้ทันที
8.) ถ้าผูกมัดติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง ต้องแก้มัดแขน 1 ข้าง เพื่อให้ได้ทำสิ่งที่ต้องการเช่นเอาที่คั่น หรือเช็ดหน้า ลูบหน้า

9.) ตรวจเยี่ยมทุก 15-30 นาที ประเมินบริเวณที่ผูกมัด ความแน่นของผ้าที่ผูกและจัดการให้อยู่ในความเหมาะสม

10.) บันทึกหลังจากให้การพยาบาลทุกครั้งตามเวลาที่ปฏิบัติจริง

11.) ประเมินเพื่อแก้ผูกมัดทุก 1 ชั่วโมง

การดูแลหลังการแก้ผูกมัด

1.) สร้างสัมพันธภาพค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง
2.) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกขณะถูกผูกมัด ความรู้สึกต่อการพยาบาลที่ได้รับอย่างอิสระ
3.) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการจัดการกับพฤติกรรม รุนแรงของตนเอง

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

1.) หากพบว่ามีอาการบาดเจ็บเกิดขึ้น ต้องรีบลดความเสียหายโดยให้การพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ
2.) รายงานหัวหน้าหอผู้ป่วย รายงานแพทย์เจ้าของเพื่อให้การรักษาต่อไป
3.) พุดคุยปรึกษากันในที่มีการดูแล เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาในครั้งต่อไป
4.) ส่งรายงานอุบัติการณ์ให้หน่วยงานความเสี่ยงของสถาบันเก็บข้อมูล เพื่อเป็นสถิติของหน่วยงาน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัลลภา เขยบัวแก้ว (2532) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่เป็นหญิง โสด อายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่มีรายได้และรายได้ไม่พอใช้ ไม่ติดสารเสพติด เป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมก่อนผูกมัดที่พบมากที่สุดคือ ทำอันตรายผู้อื่น เอะอะโวยวายด่าทอ ส่วนพฤติกรรมก่อนการปลดปล่อยคือ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ลักษณะการผูกมัดส่วนใหญ่คือมัดมือและเท้าทั้ง 2 ข้างยึดติดกับเตียง ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดเฉลี่ย 5 ชั่วโมง 33 นาที ส่วนใหญ่พยาบาลหัวหน้าเวรสั่งการผูกมัดและสั่งการปลดปล่อย

เรย์และคณะ (Reay et al., 1998) ได้ศึกษาผลทางกายภาพที่เกิดจากการจำกัดท่าการผูกมัด (position restraint) โดยการจำกัดท่าเพื่ออธิบายถึงการเสียชีวิตที่ไม่คาดคิดจากการผูกมัดผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี จากการวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดใหญ่และอัตราการเต้นของหัวใจในคน 10 คน พบว่า 9 ใน 10 ใช้เวลาฟื้นตัวนานขึ้นจากการทดสอบโดยอยู่ในท่านอนคว่ำ กลไกพื้นฐานยังไม่ชัดเจนแต่ปัจจัยที่น่าจะเป็นไปได้คือ การเคลื่อนไหวของทรวงอกจากการหายใจถูกจำกัด และการเกิด catecholamines (กลุ่มของสารสื่อประสาทที่มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ) ในระหว่างออกแรง การขาดออกซิเจนเกิดขึ้นเมื่อการจำกัดท่าร่างกายไปขัดขวางกระบวนการหายใจ การเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน พบว่าผู้ป่วยถูกจำกัดให้อยู่ในท่าที่หายใจไม่สะดวกพอ การถูกกดหน้าอกการถูกรัดบริเวณท้องและหน้าอก การอยู่ในท่านอนคว่ำหรือท่าที่ศีรษะพับงอไปที่หน้าอก และมีโอกาสเกิดมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยพยายามดิ้นรนเพื่อให้หลุดจากการผูกมัด

มณีรัตน์ โภทขงรัก (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลในด้านความเสี่ยงจากการใช้ยา ความเสี่ยงจากการหกล้มและตกเตียง และความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล กับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาลี บุญศรีรัตน์ และ คณะ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการลดการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย เลือกระบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ตามเครื่องมือของ (Gosnell) เก็บ

ข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผล กดทับก่อนและหลังการทดลองโดยแบบสังเกต มีค่าความเที่ยง 0.8 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี อายุเฉลี่ย 51-67 ปี ลักษณะการเจ็บป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและหลอดเลือดตีตสมองจำนวนใกล้เคียงกัน ระดับความรู้ส่วนตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรง ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความเสี่ยงก่อนทดลองกับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมพร พงษ์ไทย (2545) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรปิดิกส์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช มีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผลการดำเนินโครงการ คือได้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 7 เรื่อง ผู้เข้าร่วมโครงการประเมินว่าแนวทางการบริหารความเสี่ยงสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

Hudson, T. (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลใน Maryland 40 แห่ง โดยศึกษาถึงประสบการณ์การถูกฟ้องร้องตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1981 พบว่า โรงพยาบาลจะมีคดีและความรุนแรงของคดีลดน้อยลงเมื่อ

- 1) มีการให้การศึกษแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของการบริหารความเสี่ยงของเขา
- 2) มีแนวทางในการปฏิบัติให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่ทางคลินิก เมื่อเกิดเหตุการณ์ข้อผิดพลาดในหน่วยงาน
- 3) มีคณะกรรมการตรวจสอบการบริหารความเสี่ยง พร้อมกับมีกฎระเบียบในการรายงานกิจกรรม

กชพงษ์ สารการ (2542) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทำการศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมรุนแรง เมื่อพิจารณาอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย 100 ราย พบว่า ทั้งผู้ป่วยชายและหญิงมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดประชุมปรึกษาพยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อ

1. การค้นหาความเสี่ยง โดยศึกษาย้อนหลังจากรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของสถาบัน ความเสี่ยงที่เกิดจากการผูกมัดในหน่วยงานของผู้เข้าร่วมโครงการ
 2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุการเกิดความเสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดจากการผูกมัดผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง รวบรวมได้เป็น 4 ด้าน
 - 2.1 อุปกรณ์การผูกมัด
 - 2.2 สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการผูกมัด
 - 2.3 ตัวผู้ป่วย
 - 2.4 บุคลากร
 3. การจัดการกับความเสี่ยง โดยผู้ร่วมโครงการวางแผนจัดการพร้อมกันทั้ง 4 ด้าน ได้เป็นแนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด แบ่งเป็น 4 ด้าน
 - 3.1 การจัดการความเสี่ยงด้านอุปกรณ์การผูกมัด
 - 3.2 การจัดการความเสี่ยงด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการผูกมัด
 - 3.3 การจัดการความเสี่ยงด้านตัวผู้ป่วย
 - 3.4 การจัดการความเสี่ยงด้านบุคลากร

นำแนวทางทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดทดลองใช้จริงในหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์
4. ประเมินผลความเสี่ยง ประเมินความครอบคลุมและความถูกต้องของการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัด

องค์ประกอบ การบาดเจ็บ

- ฟกช้ำ
- บวม
- บาดแผลจากการเสียดสี
- การบาดเจ็บของผิวหนังจากการดึงรั้งและกด
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง