

การรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด*

PERCEPTIONS OF NURSING STAFF ON LIMIT PSYCHIATRIC PATIENTS' BEHAVIORS BY USING PHYSICAL RESTRAINT

จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, พย.บ., วท.ม. (Jutathip Kingkaew, B.N.S., M.Sc.)**

มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, RN, Ph.D. (Malatee Rungruangsiripan, RN, Ph.D.)***

ดุสิตา สันติคุณาภรณ์, พย.บ., ศศ.ม. (Dusida Santikunaporn, B.N.S., M.A.)****

นัตยา จุลลา, พย.ม. (Nattaya Julla, M.N.S.)*****

Abstract

Objective: To explore perceptions of nursing staff on limiting psychiatric patients' behaviors by using physical restraint.

Methods: This qualitative research was conducted on 14 nursing staffs working in a psychiatric ward from a tertiary hospital in Bangkok. The participants were selected by purposive sampling and the inclusion criteria was having experienced in caring for physical restraint patients. Data were collected by using semi-structured in-depth interview. Data were analyzed by using content analysis

Results: Six themes were emerged in relation to perceptions of nursing staff on limiting psychiatric patients' behaviors by using physical restraint as followed: 1) The purpose of physical restraint, 2) The physical restraint causes frustration

and conflict, 3) The physical restraint has a negative impact on patients and relatives, 4) The physical restraint is a risk factor for nursing staffs, 5) Restraint is a treatment used to physically and psychologically care for patients throughout the process, and 6) Problems and obstacles affecting physical restraint performance.

Conclusion: Although physical restraint may have impact on patients, it is still an effective way to limit psychiatric patients' behaviors. The findings of this study provided the basic knowledge for developing the effective nursing care guidelines for physical restraint.

Keywords: Perceptions of nursing staff, Physical restraint, Psychiatric patients

* การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** Corresponding author, อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: jutathip.kin@mahidol.edu

*** อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**** หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***** หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาในบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 14 คน ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: บุคลากรทางการพยาบาลมีการรับรู้ในการผูกมัด 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ของการผูกมัด 2) การผูกมัดเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจและขัดแย้งในใจ 3) การผูกมัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ 4) การผูกมัดผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการพยาบาล 5) การผูกมัดเป็นวิธีการบำบัดที่ทำให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ และ 6) ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการผูกมัด

สรุป: แม้ว่าการผูกมัดอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยด้วยการผูกมัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล การผูกมัด ผู้ป่วยจิตเวช

ความสำคัญของปัญหา

การผูกมัด (Physical restraint) เป็นการพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ด้านการรักษาและเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่น และจากการศึกษาของ Stewart, Bowers, Simpson, Ryan และ Tziggili (2009) ที่ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดจากฐานข้อมูลประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ปี 1960-2009 พบว่ามีการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่มากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน นอกจากนี้ในการสำรวจงานวิจัยในปี 2004 พบว่าการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,266 รายที่โรงพยาบาลในเขตตะวันออกของรัฐออสเตรีย พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 8 ได้รับการผูกมัดและมีการใช้การผูกมัดจำนวน 603 ครั้งใน 1 ปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก (Hendryx, Trusevich, Coyle, Short, & Roll, 2010) ในประเทศไทยมีข้อมูลจากเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผูกมัดถึงร้อยละ 10 (นันทวัช สิริธีรภัฏ และคณะ, 2552)

ถึงแม้ว่าการผูกมัดจะเป็นวิธีการในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยวิธีหนึ่งแต่การใช้การผูกมัดก็ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรมากเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามวิธีการจะใช้การผูกมัดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การรับรู้ของบุคลากรต่อวิธีการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้การผูกมัดในหอผู้ป่วยจิตเวชแห่งหนึ่งในบราซิลพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่าการผูกมัดผู้ป่วยใช้เพื่อป้องกันด้านความปลอดภัย และเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงใจ เป็นความเครียด เป็นความวิตกกังวล และก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจเมื่อต้องผูกมัดผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ยากและมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ต่อบุคลากรและบุคคลอื่น การผูกมัดเป็นงานที่ทำหายของพยาบาลในด้านที่ต้องบริหารจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย สถานที่และทีมที่มีบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติการผูกมัด (Vedana et al., 2018)

จากการศึกษาการรับรู้การใช้การผูกมัดของพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ประเทศอิหร่าน พบว่าพยาบาลมีการรับรู้การผูกมัดผู้ป่วยใน 4 ประเด็นหลักคือ 1) มีการใช้การผูกมัดในหลายวัตถุประสงค์ เช่น เพื่อช่วยควบคุมผู้ป่วย ช่วยในการรักษา เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น 2) กระบวนการในการผูกมัด แบ่งเป็นระยะก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด และภายหลังการผูกมัด โดยที่ก่อนการผูกมัดต้องมีกระบวนการเตรียมที่จะผูกมัด โดยการประเมินผู้ป่วยที่จะใช้การผูกมัด ส่วนขณะผูกมัดต้องมีบุคลากรที่เพียงพอในการผูกมัด และมีวิธีการที่ลดการขัดแย้งของผู้ป่วยโดยช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง มีการดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และภายหลังผูกมัดจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยและบอกเหตุผลของการผูกมัด 3) การผูกมัดเป็นความท้าทายของพยาบาลที่ต้องกระทำต่อหน้าผู้ป่วยอื่นหรือมีผู้ป่วยอื่นอยู่ในห้องเดียวกัน ทั้งยังเป็นวิธีที่ไม่เป็นที่ยอมรับในผู้ป่วย และ 4) ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการผูกมัดมีทั้งด้านลบและด้านบวก ผลด้านบวกต่อผู้ป่วยคือช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมพฤติกรรมตนเองมากขึ้น ส่วนผลด้านลบต่อผู้ป่วยและบุคลากร คืออาจทำให้เกิดการบาดเจ็บด้านร่างกายและมีผลต่อจิตใจ (Moghadam, Khoshknab, & Pazargadi, 2014)

นอกจากการผูกมัดจะใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวชแล้วยังพบว่ามีการใช้การผูกมัดในหอผู้ป่วยฝ่ายกายเช่นกัน จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่ามีการใช้

การผูกมัดในโรงพยาบาลฝ่ายกายค่อนข้างบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยเฉียบพลันและพบว่าช่วงเวรดึก (night shift) ในทุกหอผู้ป่วยมีแนวโน้มในการใช้การผูกมัดผู้ป่วยมากกว่าในช่วงเวรอื่น ทั้งนี้เนื่องจากอัตราค่าจ้างที่พยาบาลไม่เพียงพอทั้งยังต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย จึงจำเป็นที่จะต้องนำการผูกมัดมาใช้ (Jiang, Li, Gu, & He, 2015)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัดนั้น น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการปฏิบัติการผูกมัด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในสังคมไทยยังมีจำกัดและจากประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่ามีการใช้การผูกมัดประมาณ 1-2 รายต่อสัปดาห์ ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดเหล่านี้ และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดมาก่อน การศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัดครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดอย่างน้อย 6 เดือน 3) พูดและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ยินดีให้ทำการบันทึกเสียงในระหว่างสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์จนไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มได้ข้อมูลที่อิ่มตัวและมีความสมบูรณ์ (saturated information) จำนวน 14 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่จะทำการศึกษาก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากรพยาบาลได้รับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ บุคลากรทางการแพทย์มีสิทธิที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามเมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจสามารถที่จะขอยุติการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็น

โดยภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงตัวบุคลากรทางการแพทย์ได้

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบไปด้วย ตำแหน่งงาน เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวนผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดที่ให้การดูแลต่อเดือน
2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึกต่อการผูกมัดผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกใช้การผูกมัด ผลที่เกิดขึ้นจากการผูกมัด กระบวนการผูกมัดและการดูแลผู้ที่ได้รับการผูกมัด จำนวน 8 ข้อ โดยแนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

3. เครื่องบันทึกเสียง

4. ถอดข้อมูลการสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียง ลงในคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่จะทำการศึกษา
2. เข้าพบบุคลากรทางการแพทย์ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ และสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ยินดีเข้า

ร่วมงานวิจัยโดยการลงนาม ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์รายบุคคลใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานประมาณ 45-60 นาทีต่อคน

4. ถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนดังนี้ ถอดเทปคำต่อคำบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนครบถ้วนของข้อมูลโดยการฟังเทปซ้ำอีกครั้ง และอ่านข้อมูลจนเข้าใจ จากนั้นนำข้อความที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาประเด็นสำคัญโดยการอ่านประโยคต่อประโยคเพื่อเข้าใจความหมายและให้รหัสข้อมูล (codes) คำที่มีความหมาย จากนั้นจึงแยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูลหาความหมายที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันของข้อมูล (sub - theme) และหาข้อสรุปที่เป็นประเด็นหลัก (theme) ร่วมกันในทีมผู้วิจัย

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ที่มาของข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์หลายกลุ่ม ทั้งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านพยาบาลศาสตร์ และกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ในแต่ละกลุ่มมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัด 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมประสบการณ์ของ

ผู้ปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชและได้มีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งโดยปราศจากอคติ 4) ทีมผู้วิจัยร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลักที่ได้มาจากการให้รหัสข้อมูลคำพูดของบุคลากรทางการแพทย์ (conformability) 5) การตรวจสอบข้อมูล (member checking) หลังการวิเคราะห์เนื้อหาและหาประเด็นหลัก โดยนำกลับไปให้ตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงกับประสบการณ์ และ 6) การตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นหลักกับข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและมีความรู้เรื่องการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัย

ลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์

ลักษณะทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์จำนวนทั้งหมด 14 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 คน และเป็นผู้ช่วยพยาบาล 7 คน เป็นเพศหญิง 10 คน เพศชาย 4 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.7 ปี (SD = 4.08) มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 ปี (SD = 5) มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดที่ให้การดูแลต่อเนื่องเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 รายต่อเดือน (SD = 1.35)

การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการผูกมัด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลบทสัมภาษณ์ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรับรู้การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการรับรู้การผูกมัด 6 ประเด็นหลักได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ของการผูกมัด 2) การผูกมัดเป็นสถานการณ์ที่ทำให้

เกิดความยุ่งยากใจและขัดแย้งในใจ 3) การผูกมัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ 4) การผูกมัดผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์ 5) การผูกมัดเป็นวิธีการบำบัดที่ให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ และ 6) ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการผูกมัด ประเด็นดังกล่าวได้เกิดขึ้นตลอดกระบวนการที่ใช้การผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการผูกมัด

การเลือกใช้การผูกมัดผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมตนเอง มีประเด็นย่อยดังนี้

1.1) เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน บุคลากรทางการแพทย์ควรรับรู้ว่าการนี้ เป็นวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ตัวผู้ป่วย บุคคลอื่น และป้องกันความเสียหายของทรัพย์สิน ดังกล่าวต่อไปนี้

“ผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรง อาการแบบนี้ ต้องทำ (ผูกมัด) ไม่ทำจะเกิดความเสียหาย”

“วิธีการนี้ออกแบบมาเพื่อผู้ป่วยเหล่านี้ โดยเฉพาะ ช่วยควบคุมเค้าได้คือให้เค้าได้พัก ได้สงบสติ อารมณ์จะช่วยคุมเค้าได้”

“เป็นแนวทางช่วยคนไข้เราต้องตัดสินใจ ถ้าไม่ทำจะเกิดความเสี่ยงต่อคนไข้ต่อตัวเราเอง ต่อสิ่งแวดล้อม ข้าวของเสียหาย”

1.2) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้การ

ผูกมัดเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่ไม่อาการสับสน งุนงง ผู้ป่วยที่มีอาการง่วงมาก เคนเซ ไม่ยอมนอน ผู้ป่วยที่สับสนมาก ไม่รู้เรื่องจะกระโดดเตียงเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ดังกล่าวต่อไปนี้

“ผู้ป่วยที่มีอาการ งง สับสน มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ”

“ผู้ป่วยที่ได้ยาเยอะแล้ว ง่วงมาก แต่ไม่นอน เคนเซไปมาตลอด”

“ผู้ป่วยสับสนมาก เสี่ยงหกล้ม ไม่รู้เรื่องจะกระโดดเตียง ปีนเตียง”

1.3) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมตนเอง บุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้การผูกมัดเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมตนเอง ดังกล่าวต่อไปนี้

“ช่วยได้ในการควบคุมพฤติกรรม ไม่ใช่การลงโทษ”

“พูดคุยก่อนไม่ได้ผล อยู่เป็นเพื่อนก็แล้ว ยกให้แล้วยังควบคุมตัวเองไม่ได้ เราต้องใช้วิธีนี้ ช่วยควบคุม ให้ได้พัก ได้สงบลง”

“ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะควบคุมตัวเอง เพื่อที่จะไม่ถูกผูกมัดอีก”

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ 1-2 คน ที่รับรู้วัตถุประสงค์ของการผูกมัด เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ดังกล่าวต่อไปนี้

“การมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะไม่ต้องตามประกบผู้ป่วย มัดแล้วสบายใจ มัดแล้วดูแลง่ายขึ้นช่วยลดภาระการตามประกบผู้ป่วย”

2. การผูกมัดเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจและขัดแย้งในใจ

บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่าการผูกมัดทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจและขัดแย้งในใจ

เป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย รู้สึกสงสาร รู้สึกผิด แต่จำเป็นต้องทำ เพราะเป็นหน้าที่ ถ้าไม่ทำจะยิ่งเกิดความเลวร้ายและเมื่อเกิดความรู้สึกเหล่านี้ขึ้น บุคลากรทางการแพทย์บาลจึงมีการคิดทบทวนตัวเองเกิดความไม่แน่ใจว่าตัดสินใจถูกวิธีเร็วไปไหม มีวิธีอื่นไหม และต้องหาวิธีการจัดการกับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น โดยการมองถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“อี๊ดอ้อลำบากใจที่ต้องมัดผู้ป่วยเหมือนเป็นการละเมิดสิทธิ รู้สึกขัดแย้งในใจแต่ต้องตัดสินใจที่จะใช้เพราะเป็นหน้าที่เรา ต้องทำ เพราะถ้าไม่ทำก็จะยิ่งเกิดความเลวร้าย”

“รู้สึกไม่ดีเลย มาคิดทบทวนว่าเราเอาใจใส่อาการของผู้ป่วยหละหลวมไปไหม มัดผู้ป่วยง่ายเกินไปไหม ถ้าขยันเฝ้าผู้ป่วยอาจไม่ต้องผูก รู้สึกทำงานยังไม่เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ใหม่”

“รู้สึกผิดจากการรบกวนคนอื่น สงสาร แล้วต้องหาเหตุผลมา support ตัวเองต้องยืนยันกับตัวเองว่านี่คือการช่วยเหลือทำด้วยหลักการคำนึงถึงผู้ป่วย เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น”

3. การผูกยึดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ

บุคลากรทางการแพทย์บาลรับรู้ว่าการผูกยึดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย ดังนี้

3.1) ผลกระทบต่อผู้ป่วย การผูกยึดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจ

ด้านร่างกาย: การผูกยึดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเกิดบาดแผลมีรอยฟกช้ำนอกจากนี้ การผูกยึดยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบาย ดังคำพูดดังต่อไปนี้

“อาจจะเกิดรอยเขียว รอยช้ำ จากการบิดไปมาหรือผู้ป่วยตัวใหญ่แล้ว ก้าวร้าวมาก ๆ ทั้งเขย่า ถีบ กระแทบเตียง”

“บวมแดง เขียวฟกช้ำ เกิดแผลกดทับ ตรงที่มัดและข้อศอก เคล็ดขัดยอก ปวดเมื่อยเนื้อตัว”

“ผู้ป่วยคงทำอะไรไม่ได้ ไม่สะดวกสบาย”

ด้านจิตใจ: การผูกยึดอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นด้านลบ เป็นความรู้สึกโกรธ ต่อต้านและคับข้องใจ กระทั่งกระทบกระเทือนจิตใจ เป็นความรู้สึกด้านลบที่ฝังในใจ ดังเช่นคำกล่าวดังต่อไปนี้

“ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ ต่อต้าน”

“ผู้ป่วยรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจ”

“รู้สึกว่าเขาหน้าที่ใช้กำลัง เป็นผู้ถูกกระทำ”

“เป็นตราประทับในใจผู้ป่วย”

3.2) ผลกระทบต่อญาติ การผูกยึดส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ญาติอาจมีความรู้สึกโกรธ เสียใจ และไม่ยอมรับวิธีการรักษานี้ และไม่เข้าใจการรักษาผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“ญาติเสียความรู้สึกกับเรา เหมือนเห็นทีมรุมจับผู้ป่วย รู้สึกโกรธ”

“ญาติมาเห็นทีหลังเมื่อมัดผู้ป่วยไปแล้ว รับไม่ได้ว่าเป็นวิธีที่รุนแรงไม่เข้าใจ ไม่รับฟังคำชี้แจง”

4. การผูกยึดผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์บาล

การผูกยึดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรทางการแพทย์บาลรับรู้ว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บขณะปฏิบัติภารกิจผูกยึดผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“โดนทำร้าย โดนเล็ดโดนฟันของผู้ป่วย”

“ถูกกระแทกนิ้วขึ้น เล็บข่วน ตอนเข้าจับผู้ป่วย”

“อาจโดนผู้ป่วยชกได้ ถ้าเข้าจับไม่พร้อมกัน เกิดการบาดเจ็บ”

“ในระหว่างที่เข้าจับผู้ป่วยมีบ้าง ที่โดนมือ โดนเท้าผู้ป่วยเตะ ถีบ”

5. การผูกมัดเป็นวิธีการบำบัดที่ให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ

บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่าการผูกมัดเป็นวิธีการบำบัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดกระบวนการ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจตั้งแต่ก่อนผูกมัด ขณะผูกมัดและภายหลังผูกมัด โดยมีประเด็นย่อยดังนี้

5.1) การดูแลผู้ป่วยก่อนการผูกมัด

บุคลากรทางการแพทย์มีการประเมินอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องผูกมัดโดยสังเกตจากพฤติกรรมการแสดงออกทั้งในปัจจุบันและจากประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ผ่านมา เลือกใช้วิธีการอื่นก่อนการเลือกใช้การผูกมัด เตรียมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้อื่น เตรียมทีม เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม อธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจว่าเป็นการช่วยเหลือไม่ใช่การลงโทษ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ประเมินก่อน ดูการวินิจฉัยโรค ประวัติการทำร้ายก่อนหน้านี้ สังเกตพฤติกรรมที่หือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยพยายามควบคุมตนเองก่อน ใช้วิธีการพูดคุยให้ผู้สงบก่อนและทำข้อตกลงให้ควบคุมพฤติกรรม รายงานแพทย์เพื่อให้ยาช่วยก่อน ถ้าใช้

วิธีอื่นไม่ได้ผลถึงใช้การผูกมัด”

“เตรียมทีม เตรียมผ้าผูกมัด”

“อธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อไม่ให้เข้าใจผิดว่าเป็นการลงโทษ”

“พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่มานั่งดูเหตุการณ์ และกันผู้ป่วยอื่นที่มานั่งออกไป ให้อยู่จุดที่ปลอดภัย ชี้แจงญาติ เน้นสื่อสารกับญาติและคนรอบข้างผู้ป่วยให้เข้าใจว่าเรากำลังช่วยเหลือผู้ป่วย”

5.2) การดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัดและหลังผูกมัด เมื่อปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยแล้วบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญในการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

ด้านร่างกาย: บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และมีการลงบันทึกในแบบบันทึกการผูกมัดผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการไหลเวียนของเลือด และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เข้าไปประเมินผู้ป่วย ทุก 15 นาทีและบันทึก (ในแบบบันทึกการผูกมัด) เป็นลายลักษณ์อักษร”

“ตรวจสอบการไหลเวียนของเลือดเข้าไปประเมินดูว่า มีมือเท้าเขียว มดแดงเกินไปหรือเปล่า ถ้าผู้ป่วยคืนแรงไหลอาจเกิดการบาดเจ็บได้”

“ช่วยเปลี่ยนท่าทุก 15-30 นาที ระวังเรื่องท่าทางคือให้เขาสุขสบายที่สุด แขนไม่บิด ถ้าคนไข้ได้ยาอะไรรีบเข้าไปเฝ้าดู อันนี้กังวลต้องเดินดูบ่อย ๆ และวัดสัญญาณชีพ”

ด้านจิตใจ: บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่าการผูกมัดส่งผลด้านลบต่อจิตใจผู้ป่วย จึงมีการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการเข้าไปพูดคุยรับฟังความรู้สึก ประคับประคองจิตใจ อธิบายเหตุผล

ของการผูกมัดและเมื่อผู้ป่วยสงบลงพูดคุยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดได้เห็นถึงพฤติกรรมของตนเองและแนวทางการป้องกันเพื่อไม่ให้ถูกผูกมัดอีก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การโดนมัดยังงี้ก็รู้สึกแย่ แต่การพยาบาลเพื่อให้รู้สึกดีขึ้นคือ คุยบ่อย ๆ ถ้าผู้ป่วยพร้อมจะคุย ให้อธิบายเหตุผลของการผูกมัด”

“เข้าไปพูดคุยและรับฟังความรู้สึกผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจ การสื่อสารสำคัญ ถ้าทำได้ ไม่ดี สัมพันธภาพกับผู้ป่วยจะแย่ลง”

“เมื่ออาการสงบลงพูดคุยให้ผู้ป่วยทบทวนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลยังงี้บ้าง ทำยังงี้ไม่ให้เกิดขึ้นอีก”

6. ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการผูกมัด

6.1) ความไม่เพียงพอของบุคลากรในช่วงพักรับประทานอาหาร แม้ว่าทางหอผู้ป่วยจะจัดบุคลากรให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยแต่ในช่วงพักรับประทานอาหารมีเจ้าหน้าที่อยู่น้อยลง ประกอบกับหน่วยรักษาความปลอดภัยไม่สามารถมาที่หอผู้ป่วยได้ทันทีทันใด จึงไม่ค่อยทันกับเหตุการณ์ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ตาม รปภ. ทันทีแต่ว่าภายใน 5 นาที บางครั้งเค้ายังไม่ขึ้นมาเลย เราไม่มีทีม รปภ. ประจำอยู่ใน ward รอไม่ได้ฉุกเฉินก็ต้องเข้าก่อน”

“พยาบาลต้องเผชิญเหตุการณ์เป็นส่วนใหญ่ บุคลากรอื่นไม่อยู่ที่วอร์ด ไม่เห็นอาการผู้ป่วยเค้าก็ประเมินลำบาก ให้เราถ่วงเวลาไว้ก่อนช่วงที่รอเหมือนมันนานมาก”

“บางครั้งเหตุการณ์เกิดช่วงพัก ที่แบ่งคนไปกินข้าวเจ้าหน้าที่อยู่น้อยน้อยมักจะเกิดเรื่องกว่าจะตามทีมขึ้นมาครบใช้เวลา”

6.2) ความรู้ที่ไม่เพียงพอหรือประสบการณ์น้อยไม่กล้าตัดสินใจผูกมัด ความรู้ที่ไม่เพียงพอหรือประสบการณ์น้อยในการทำงานส่งผลให้ไม่มั่นใจในการประเมินอาการผู้ป่วยและมีความยุ่งยากใจ ดังเลในการตัดสินใจผูกมัด ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ช่วงแรกที่ทำงานใหม่ ๆ ไม่แน่ใจว่าจะผูกมัดไหม”

“เราเป็นพยาบาลใหม่รุ่นพี่ประเมินว่าให้มัด ก็รู้สึกลังเลอยู่เหมือนกัน”

“กลัวเพราะไม่เคยเรียน ผู้ช่วยพยาบาลจะได้ไม่ได้เรียนเรื่องโรคทางจิตเวชมากนัก มาเรียนรู้เพิ่มเติมที่วอร์ด บางครั้งแปลอาการผู้ป่วยไม่ออก”

6.3) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในบางสถานการณ์ บางครั้งเวลารุ่นพี่ตัดสินใจให้ผูกมัดไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่างหรือไม่เห็นด้วยกลัวเกิดความขัดแย้ง บุคลากรบางคนให้ข้อมูลว่าบางครั้งในการปฏิบัติปฏิบัติงานนั้นมีการพูดคุยสื่อสารกันค่อนข้างน้อย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ไม่กล้าพูดกับพี่เพราะว่ามัน sensitive เพื่อนรุ่นเดียวกัน หรือรุ่นพี่ตัดสินใจผูกมัดแม้ว่าจะตามหลักการ แต่บางครั้งเราก็ไม่เห็นด้วย แต่ก็ไม่ได้คุยภายหลังกลัวขัดแย้ง”

“บางครั้งหลังการผูกมัดไม่มีโอกาสได้ไปพูดคุยกันอีกว่า คิดและรู้สึกอย่างไร”

“อยากให้มีการประสานงานคุยกันในทีมมากขึ้น”

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีการรับรู้ต่อการใช้การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชในประเด็นต่างๆ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการผูกมัด

บุคลากรทางการแพทย์บอกรับรู้ว่าการใช้การผูกมัดเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคคลอื่น และทรัพย์สินจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมตนเอง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วย 5 อันดับแรก คือ เพื่อป้องกันการทำร้ายผู้อื่น ป้องกันการทำลายทรัพย์สิน ป้องกันการทำร้ายตนเอง ป้องกันการรบกวนหรือถูกลำละเมิดผู้อื่นและเพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย (Gelkopf et al., 2009; Oster, Gerance, Thomson, & Muir-Cochrane, 2016) และจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้การผูกมัดเป็นวิธีการที่จำเป็น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคคลอื่น และเพื่อประโยชน์ในการรักษา (นันทวัช สิริวัชรวิทย์ และคณะ, 2552; Gelkopf et al., 2009; Moghadam et al., 2014; Moylan, 2009; The Joanna Briggs Institute, 2002)

นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์บางคนรับรู้ว่าใช้การผูกมัดเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งก็มีผลการศึกษาที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์บอกรับรู้ว่าการใช้การผูกมัดผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ การผูกมัดผู้ป่วยช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์รู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ (Jiang et al., 2015; Lai, 2007) และจากปัญหาการที่มีบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล ถึงแม้ว่าการผูกมัดอาจจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในกรณีผู้ป่วยพยายามดิ้นรนต่อการผูกมัด (Capezuti, Strumpf,

Evans, Grisso, & Maislin, 1998; Sze, Leng, & Lin, 2012) และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการผูกมัดนั้นไม่มีความจำเป็นและไม่เกิดประโยชน์ (Larue et al., 2013; Soininen et al., 2013) แต่ก็ยังต้องใช้วิธีการผูกมัดเนื่องจากยังไม่พบการวิจัยจำกัดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยวิธีอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า (Vedana et al., 2018) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงน่าจะมีการศึกษาถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการผูกมัดด้วย อันจะเป็นข้อมูลที่เกิดประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การผูกมัดเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจและขัดแย้งในใจ

การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชทำให้บุคลากรทางการแพทย์บอกรับรู้ถึงความรู้สึกยุ่งยากใจ คับข้องใจ และขัดแย้งในใจ เมื่อเผชิญกับความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการคิดทบทวนตัวเองและหาวิธีการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น โดยการมองถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าจะเป็นการช่วยผู้ป่วยเพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น จากการศึกษาการรับรู้การผูกมัดของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าพยาบาลจิตเวชต้องเผชิญกับสถานะการตัดสินใจลำบากระหว่าง การป้องกันความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกับการผูกมัดผู้ป่วยซึ่งเป็นเหมือนการกระทำที่ละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ส่งผลต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ คับข้องใจ รู้สึกว่าเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรม การผูกมัดจึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกวิตกกังวลถึงเลไม่แน่ใจที่จะใช้การผูกมัด แต่อย่างไรก็ตาม

ก็ต้องเลือกใช้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (คูลิตา สันติคุณาภรณ์, 2557; Goulet & Larue, 2016; Mohr, 2010; Ralph & Gabriele, 2014 ; Vendana et.al., 2018)

การที่บุคลากรทางการพยาบาลรู้สึกขัดแย้งในใจ เกิดความรู้สึกไม่สบายใจจากการผูกมัดผู้ป่วย อาจเป็นเพราะวิชาชีพพยาบาลปลูกฝังถึงการมีจริยธรรมในตนเอง มีเมตตา กรุณา ปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความเอื้ออาทร และมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความทุกข์กาย ลดความไม่สบายใจ บรรเทาความเจ็บป่วย (นิภาพร ปานสวัสดิ์, 2559) ดังนั้น ทีมผู้บำบัดจึงควรมีกระบวนการที่ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลลดความขัดแย้งในใจลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิธีการทบทวนตัวเองถึงการผูกมัดโดยมองที่ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือการแบ่งปันความรู้สึกับผู้ร่วมงานเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดความรู้สึกขัดแย้งและคับข้องใจของบุคลากรพยาบาล (Ralph & Gabriele, 2014)

การผูกมัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ

บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่าการผูกมัดผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ในด้านผู้ป่วยอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย โดยอาจทำให้เกิดบาดแผล เกิดรอยถลอกจากผ้าที่ใช้ในการผูกมัดเสียดสีหรือกดทับผิวหนัง เกิดรอยฟกช้ำจากแรงกดหรือการกระทบกระทั่งในขณะที่ผูกมัด บางครั้งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สบาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการผูกมัดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บได้โดยตรงจากแรงกดของอุปกรณ์ในการผูกมัด เช่น รอยข้ำ รอยถลอก รอยแผลที่ผิวหนัง เป็นต้น และส่งผล

ทางอ้อมจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว อันส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Moghadam et al., 2014; The Joanna Briggs Institute, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า ในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาโรคร่วมทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น การผูกมัดโดยใช้อุปกรณ์ที่ยึดร่างกายของผู้ป่วยแน่นเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดอากาศหายใจ เกิดการสำลัก เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรืออาจมีลิ้มเลือดอุดตัน (Mohr, Petti, & Mohr, 2003)

นอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายแล้ว ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่าการผูกมัดส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจที่เกิดขึ้นเช่น ความรู้สึกโกรธ และคับข้องใจ เป็นความรู้สึกด้านลบที่ฝังในใจเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่าการผูกมัดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านลบเป็นส่วนใหญ่ คือ รู้สึกโกรธ รู้สึกหวาดกลัวต่อผู้ปฏิบัติการผูกมัด รู้สึกถูกลดทอนเกียรติและศักดิ์ศรี รู้สึกเศร้า และไม่มีใครที่จะช่วยได้ (วิลาลินี หทัยพิทักษ์, อานนท์ วิทยานนท์ และ กมลรัชต์ ส่งวรกุลพันธ์, 2557; Gelkopf et al., 2009) การผูกมัดนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายสำหรับผู้ป่วย แม้เหตุการณ์การถูกผูกมัดจะผ่านไปหลายปี แต่ก็ยังเป็นความทรงจำที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยอยู่ ทำให้เกิดเป็นตราบาปในใจ และการผูกมัดนั้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยหวนนึกถึงประสบการณ์ที่เลวร้ายในอดีต (Larue et al., 2013; Mohr et al., 2003) และการผูกมัดผู้ป่วยจะทำลายสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Moghadam et al., 2014) สำหรับผลกระทบ

ด้านบวก จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การผูกมัดส่งผลด้านบวกต่อผู้ป่วยคือ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Moghadam et al., 2014) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด น่าจะมีแนวทางที่ป้องกันและลดความรู้สึกด้านลบของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจประโยชน์ของการใช้การผูกมัด

นอกจากผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ยังรับรู้ว่าการผูกมัดส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของญาติผู้ป่วย โดยรับรู้ว่าญาติรู้สึกโกรธ เสียใจ ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการผูกมัดผู้ป่วยส่งผลด้านลบต่อความรู้สึกของญาติ ทำให้ญาติรู้สึกโกรธและรู้สึกผิดที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและต้องถูกผูกมัด (The Joanna Briggs Institute, 2002)

ดังนั้นการป้องกันความรู้สึกด้านลบของญาติผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผูกมัดที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแก่ญาติตั้งแต่แรกเริ่ม และให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินอาการผู้ป่วยและตัดสินใจผูกมัด เนื่องจาก การได้ตัดสินใจของญาติเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดความขัดแย้งในการละเมิดสิทธิผู้ป่วย (ดุสิตา สันติคุณารณ, 2557)

การผูกมัดผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่าการใช้การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บของบุคลากรพยาบาลจากการกระทบกระทั่งในขั้นตอนของการผูกมัด สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การผูกมัดส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของบุคลากร ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง อัตราการเกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 13 ถึงร้อยละ 17

การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ได้แก่ การถูกขวาน การเกิดรอยฟกช้ำที่บริเวณผิวหนัง ปวดกล้ามเนื้อ การถูกผู้ป่วยกัด การบาดเจ็บที่รุนแรงเช่น กระดูกชั้น ค้างจุกหัก ข้อไหล่หลุด เป็นต้น (Lancaster, Whittington, Lane, Riley, & Meehan, 2008; Lee et al., 2003; Moghadam et al., 2014; Stewart et al., 2009)

การที่บุคลากรรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จิตเวชและทำให้อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์จิตเวชมีน้อย จึงควรมีมาตรการเชิงนโยบายด้านความปลอดภัยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์จิตเวชให้มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการฝึกทบทวนการปฏิบัติการผูกมัด ตามแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการผูกมัดผู้ป่วย

การผูกมัดเป็นวิธีการบำบัดที่ให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ

บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่าการผูกมัดเป็นวิธีการบำบัดที่ให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ก่อนผูกมัด ขณะผูกมัดและภายหลังผูกมัด โดยที่การดูแลก่อนการผูกมัด เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตราย การเลือกใช้วิธีการช่วยเหลือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การเตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ที่จะใช้ในการผูกมัด การสื่อสารกับผู้ป่วยถึงแนวทางการช่วยเหลือด้วยการผูกมัด การอธิบายเหตุผลของการผูกมัด และการตัดสินใจผูกมัดเมื่อวิธีการช่วยเหลืออื่นไม่ได้ผล ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการผูกมัดผู้ป่วยจะเกิด

หลังจากที่พยาบาลได้เลือกแล้ว ว่าไม่สามารถใช้วิธีการอื่นได้ผล ซึ่งเกิดจากการสังเกตประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย และพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมา การอธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นการลงโทษ (Mahmoud, 2017; Marangos-Frost & Well, 2000) ซึ่งผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด มีการรับรู้ที่ตรงกันกับการรับรู้ของพยาบาลในประเด็นที่ต้องบอกเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วยทราบ (Soininen et al., 2013)

การดูแลขณะผูกมัดและหลังการผูกมัดผู้ป่วย บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยด้านร่างกายให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัย โดยเข้าไปประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ หรือได้รับยาสงบระงับในปริมาณมาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังดูแลเรื่องความสบายของผู้ป่วย ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ขณะผูกมัดผู้ป่วยเป้าหมายสำคัญในการดูแลคือ ความปลอดภัยทางด้านร่างกายของผู้ป่วยและผู้ป่วยปฏิบัติงาน และต้องคำนึงถึงเกียรติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และความสบายโดยการผูกมัดเป็นไปเพื่อการบำบัด (คูสิดา สันติคุณาภรณ์, 2557; Larue et al., 2013; Moylan, 2009)

สำหรับผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านลบ การดูแลจึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับผู้ป่วย การพูดคุยรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจ อธิบายเหตุผลของการผูกมัด เพื่อช่วยลดความรู้สึกด้านลบ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบลง ควรมีการพูดคุยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสัมพันธภาพระหว่าง

ผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยต้องการการพูดคุย เพื่อประคับประคองจิตใจ (Larue et al., 2013) รวมทั้งควรมีการประเมินทางด้านจิตใจภายหลังการถูกผูกมัดเพื่อประเมินผลกระทบที่ตามมา (Goulet & Larue, 2016) การประคับประคองจิตใจผู้ป่วยยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ที่จะเกิดการควบคุมตนเองมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อความคับข้องใจของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด โดยมีการทบทวนถึงสาเหตุการผูกมัดที่ผ่านมา ร่วมกันกับผู้ป่วย รับฟังให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ และมีการให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง จนถึงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้ถูกผูกมัด บอกแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกถึงความปรารถนาดีของบุคลากรที่มีต่อผู้ป่วย จะช่วยลดความรู้สึกคับข้องใจของผู้ป่วยลง (วิลาสินี หทัยพิทักษ์, อานนท์ วิทยานนท์ และ กมลรัชต์ สงวรกุลพันธ์, 2557)

ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการผูกมัด

บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่า ความไม่เพียงพอของบุคลากรในทีม ความรู้ที่ไม่เพียงพอหรือประสบการณ์น้อย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการผูกมัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับของความรู้เกี่ยวกับการผูกมัด และทัศนคติของบุคลากรในการใช้การผูกมัด ส่งผลต่อการปฏิบัติและพบว่าประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้นของพยาบาลจิตเวชจะเกิดภาวะ และมีความตระหนักต่อการใช้การผูกมัดที่เป็นไปเพื่อช่วยบำบัดผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น การตัดสินใจเลือกใช้การผูกมัดจึงเป็นไปด้วยความเหมาะสม ประสิทธิภาพ

ที่มากขึ้นจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เพราะเกิดจากการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องและทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น (Laiho, Kattainen, Astedt-Kurki, Lindberg, & Kylma, 2013; Mahmoud, 2017; Suen et al., 2006)

ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติการผูกมัดเป็นการทำงานเป็นทีมที่ต้องประสานงานกัน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดความขุ่นเคืองใจ อึดอัดคับข้องใจ เหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพการประสานงานอย่างสร้างสรรค์ การประเมินผลการทำงานร่วมกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการพัฒนางาน (สำนักงาน ก.พ., 2559) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาใช้เพื่อลดอุปสรรคในการผูกมัดผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังจากการผูกมัดควรมีการสอบถามทางด้านจิตใจ (debrief in psychology) และการสะท้อนคิด (reflection) ทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน โดยมีเป้าหมายทั้งตัวผู้ป่วยเอง และผู้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องและป้องกันอุบัติการณ์ในครั้งต่อไป (Goulet & Larue, 2016)

ผลการศึกษาในครั้งนี้บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่าการใช้การผูกมัดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมตนเอง การผูกมัดเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจและขัดแย้งในใจของบุคลากรทางการพยาบาล การผูกมัดส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และส่งผลกระทบต่อญาติ การผูกมัดผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการพยาบาล การผูกมัด

เป็นวิธีการบำบัดที่ให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการทั้งก่อนผูกมัด ขณะผูกมัดและหลังผูกมัด และบุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ถึงความไม่เพียงพอของบุคลากรในทีม ความรู้ที่ไม่เพียงพอหรือประสบการณ์น้อย และการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการผูกมัด อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ว่า การผูกมัดยังเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและแนวปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีม เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการจัดอบรมเพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจและฝึกทบทวนเกี่ยวกับการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัดอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีมทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลบุคลากรทางการพยาบาลควรต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้การใช้การผูกมัดของผู้ป่วยจิตเวช และญาติผู้ป่วยอันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทางการพยาบาลทุกท่าน

ที่มาเข้าร่วมการสัมภาษณ์ในการศึกษานี้ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ ที่ช่วยสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ขอขอบพระคุณ อ.ดร.วิไล นาป่า ที่ช่วยตรวจสอบความเชื่อมโยงสอดคล้องของประเด็นหลักและข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- คูติดา สันติคุณาภรณ์. (2557). สิทธิผู้ป่วยและการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 1-12.
- นิภาพร ปานสวัสดิ์. (2559). คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลดีเด่นกับวิถีการสร้างบารมีของพระโพธิสัตว์. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 4(2), 120-132.
- นันทวิช ลิทธิรักษ์, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, ญัฐฐา สายสวย, วรภัทร รัตอาภา, พนม เกตุมาน, วีระนุช รอบสันติสุข และคณะ. (2552). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 385-398.
- วิลาสินี หทัยพิทักษ์, อานนท์ วิทยานนท์ และกมลรัชต์ ส่วงวรกุลพันธ์. (2557). ผลของการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อความคับข้องใจของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 32(5), 317-326.
- สำนักงาน ก.พ. (2559). *การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ*. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์. เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ค. 61 จาก <http://www.ocsc.go.th/>.
- Capezzuti, E., Strumpf, N. E., Evans, L. K., Grisso, J. A., & Maislin, G. (1998). The relationship between physical restraint removal and fall and injuries among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 53A(1), 47-52.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 758-763.
- Goulet, M. H. & Larue, C. (2016). Post- seclusion and/ or restraint review in psychiatry: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 120-128.
- Hendryx, M., Trusevich, Y., Coyle, F., Short, R., & Roll, J. (2010). The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(2), 272-281.
- Jiang, H., Li, C., Gu, Y., & He, Y. (2015). Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nursing Ethics*, 22(6), 652-660.
- Lai, C. K. Y. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews. *BioMed Central Nursing*, 6(5). doi:10.1186/1472-6955-6-5
- Laiho, T., Kattainen, E., Astedt-Kurki, P., Lindberg, N., & Kylma, J. (2013). Clinical decision making involved in secluding and restraint an adult psychiatric patient: An integrative

- literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 830-839.
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M. H., Bonin, J. P. & Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 317-324.
- Lancaster, G. A., Whittington, R., Lane, S., Riley, D., & Meehan, C. (2008). Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 306-31.
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, M., & Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 425-430.
- Mahmoud, A. B. (2017). Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 2-7.
- Marangos-Frost, S. & Well, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feeling about restraint use: A decision dilemma. *Journal Advanced Nursing*, 31, 362-369.
- Moghadam, M. F., Khoshknab, M. F., & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric nurses' perceptions about physical restraint; A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1), 20-30.
- Mohr, W. K. (2010). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 3-14.
- Mohr, W., Petti, T., & Mohr, B. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330-337.
- Moylan, L. B. (2009). Physical restraint in acute care psychiatry a humanistic and realistic nursing approach. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(3), 41-47.
- Oster, G., Gerance, A., Thomson, D., & Muir-Cochrane, E. (2016). Seclusion and restraint use in adult inpatient mental health care: An Australian perspective. *Collegian*, 23, 183-190.
- Ralph, M., & Gabriele, M. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 274-288.
- Soininen, P., Valimaki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G., et al. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 47-55.
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., & Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 749-757.
- Suen, L. K. P., Lai, C. K. Y., Wong, T. K. S., Chow, S. K. Y., Kong, S. K. F., Ho, J. Y. L., et al.

- (2006). Use of physical restraints in rehabilitation setting: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 20-28.
- Sze, T. W., Leng, C. Y., Lin, S. K. (2012). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: A systematic review. *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 10(5), 307-351.
- The Joanna Briggs Institute. (2002). Physical restraint part 1: Use in acute and residential care facilities. *Best practice: Evidence based practice information sheets for health professionals*, 6(3), 1874-1879.
- Vedana, K. G. G., Da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Maiasso, A. I., et al. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 367-372.