

การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพ (physical restraints) ในโรงพยาบาลทั่วไป – แนวทางปฏิบัติและข้อพิจารณาทางคลินิก

จิรวัดน์ มูลศาสตร์¹

รับบทความ: 19 มีนาคม 2564

ปรับแก้บทความ: 29 เมษายน 2564

ตอบรับตีพิมพ์: 23 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพหรือ physical restraints ในปัจจุบัน หมายถึง การจำกัดอิสรภาพในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย อาจทำได้โดยการผูกมัดหรือการตรึงร่างกาย โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถถอดหรือแก้ไขได้ด้วยตนเองโดยง่าย ซึ่งการควบคุมนั้นส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวมหรือส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือการควบคุมพฤติกรรมบางอย่าง รวมทั้งการจำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ห้องแยก บนเตียง หรือรถนั่ง) โดยทั่วไปก็เพื่อป้องกันเหตุอันเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ อย่างไรก็ตาม การควบคุมผู้ป่วยดังกล่าวก็อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมาได้ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปที่ผู้ป่วยจะมีปัญหาโรคหรือปัญหาสภาวะร่างกายร่วมด้วย ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอาจมีความรุนแรงจนเป็นอันตรายหรือถึงแก่ชีวิตได้ มาตรฐานการดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากพฤติกรรมของตนเอง และลดโอกาสการเกิดผลข้างเคียงที่อันตราย ในทางปฏิบัติแล้ว ประเด็นความขัดแย้งด้านจริยธรรมของการควบคุมผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การพิจารณาตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยคำนึงถึงความจำเป็นในการดูแลและประโยชน์ต่อผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

คำสำคัญ: การควบคุมผู้ป่วย การผูกมัดผู้ป่วย อุปกรณ์ควบคุมผู้ป่วย ข้อขัดแย้งด้านจริยธรรม

¹ จิตแพทย์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบบทความ: ดร.นพ.จิรวัดน์ มูลศาสตร์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทร 045-319200 ต่อ 1344 อีเมล jirawatmool@hotmail.com

บทนำ

การควบคุมหรือการจำกัดอิสรภาพของผู้ป่วย (restraints) เป็นกระบวนการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช หรือหอผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้ก็ได้ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลฝ่ายกาย⁽¹⁻³⁾ ที่มีปัญหาพฤติกรรมและการควบคุมตนเอง รวมทั้งในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ⁽⁴⁾ ด้วยเช่นกัน ซึ่งแน่นอนว่าวัตถุประสงค์ของการนำมาใช้ การเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ย่อมมีความแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาจากสภาวะร่างกายหรือสภาวะโรคของผู้ป่วยเอง ในบทความนี้จะได้ทบทวนกระบวนการควบคุมหรือการจำกัดอิสรภาพด้วยวิธีการทางกายภาพ (physical restraints) โดยอุปกรณ์หรือเครื่องมือ (mechanical or devices) สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป และแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ถูกควบคุมหรือจำกัดอิสรภาพ เพื่อป้องกันและลดผลแทรกซ้อนที่อาจตามมา รวมทั้งประเด็นที่อาจทำให้เกิดข้อขัดแย้งด้านจริยธรรม (ethical dilemma) หรือประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ความหมาย วัตถุประสงค์ และวิธีการ restraints

ในบริบททั่วไปของโรงพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยนั้น restraints มักจะหมายถึงการผูกมัดหรือการพันนาการผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ เพื่อควบคุมการเคลื่อนไหว (สำหรับบุคคลทั่วไป อาจหมายถึงการใช้กำลังเพื่อควบคุมตัว/การเคลื่อนไหว/หรือพฤติกรรม) ในพจนานุกรมศัพท์จิตเวช ฉบับปี 2525 โดย พะยอม อิงคตานุวัฒน์⁽⁵⁾ ก็ยังคงหมายถึงการผูกมัดผู้ป่วยเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันความหมายของการ restraints มีการเปลี่ยนแปลงไปให้ครอบคลุมแนวทางการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น มีการให้คำจำกัดความที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการนำการ restraints ไปใช้กับ

ผู้ป่วย ทั้งจากด้านแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยและจากด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ความหมายโดยรวมของการ restraints ในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วย จึงหมายถึง⁽⁶⁻⁸⁾ การจำกัดอิสรภาพในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย อาจทำได้โดยการผูกมัดหรือการตรึงร่างกาย โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถถอดหรือแก้ไขได้ด้วยตนเองโดยง่าย ซึ่งการควบคุมนั้นส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวมหรือส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือการควบคุมพฤติกรรมบางอย่าง รวมทั้งการจำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ห้องแยก บนเตียง หรือรถนั่ง) วัตถุประสงค์โดยทั่วไปก็เพื่อป้องกันเหตุอันเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ได้แก่ 1) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับตัวผู้ป่วย เช่น การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย หรืออาจเกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพ หรือส่งผลกระทบที่สำคัญต่อการรักษา/กระบวนการรักษา 2) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยอื่น 3) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ดูแล หรือ บุคลากรที่ให้การดูแล 4) ป้องกันผลกระทบรุนแรงหรือความเสียหายที่อาจเกิดกับสภาพแวดล้อม ทั้งนี้ การควบคุมหรือการจำกัดอิสรภาพดังกล่าวจะใช้ได้ก็ต่อเมื่อได้มีการพิจารณาเหตุผลทางคลินิก (clinically justified) และหลังจากการพิจารณาทางเลือกอื่นในการจัดการ โดยที่ต้องไม่ใช่เพื่อความสะดวกของบุคลากรหรือเพื่อการลงโทษผู้ป่วย

สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปแล้ว เหตุผลที่อาจต้องใช้การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการเหล่านี้ อาจแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่⁽⁹⁾ ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาหรืออาจอาจเกิดอันตรายขึ้นได้โดยไม่ตั้งใจ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมรุนแรง (nonviolent, non-destructive behavior) เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทรงตัว ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน (confusion) ผู้ป่วยที่กระวนกระวาย/ผุดลุกผุดนั่ง (agitation) หรือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (dementia) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการดิ่งท่อหรือสายต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาล หรือเพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุ

2. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (violent, self-destructive behavior) เช่น ผู้ป่วยที่ก้าวร้าว/รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน ทั้งนี้ก็เพื่อป้องกันการตั้งใจทำร้ายตนเอง ป้องกันการทำอันตรายผู้อื่นหรือบุคลากร หรือป้องกันความเสียหายรุนแรงต่อสิ่งรอบข้าง/รอบตัว

วิธีการ restraints ในปัจจุบันนั้น ได้มีการพัฒนาแนวทางในหลายรูปแบบ โดยแนวทางหลักอาจจำแนกได้เป็น 4 ประเภท^(6,9) คือ

1. Physical restraints คือ การควบคุมหรือการจำกัดอิสรภาพด้วยวิธีการทางกายภาพ ซึ่งอาจเป็น 1.1) การใช้กำลังหรือด้วยมือเปล่า (manual) หรือ 1.2) การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ (mechanical or devices)

2. Chemical restraints คือ การควบคุมผู้ป่วยด้วยการใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวาย/ผุดลุกผุดนั่งมาก หรือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งยาที่นิยมใช้มี 2 กลุ่ม คือ ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) และยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (benzodiazepine) โดยอาจเลือกใช้ยาในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือทั้งสองกลุ่มร่วมกัน ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของอาการ สามารถให้ได้ทั้งโดยการกินและทางหลอดเลือดดำ อย่างไรก็ตาม การให้ยาดังกล่าวตามแนวทางการรักษามาตรฐานสำหรับภาวะของผู้ป่วยรายนั้น ๆ เช่น การให้ยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีนในผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวายจากการขาดเหง้า อาจไม่ถือว่าเป็นการควบคุมผู้ป่วยด้วยการใช้ยา⁽⁹⁾

3. Combined physical and chemical restraints คือ การควบคุมผู้ป่วย โดยใช้ทั้งวิธีการทางกายภาพและการใช้ยาร่วมกัน ซึ่งมักจะเป็นการควบคุมทางกายภาพก่อนแล้วจึงต่อเนื่องด้วยการใช้ยา ทั้งนี้ต้องเตรียมความพร้อมของการให้ยาก่อนที่จะทำการควบคุมทางกายภาพ

4. Seclusion or environmental measures คือ การจำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การใช้ห้องแยกในหอผู้ป่วยจิตเวชหรือห้องฉุกเฉิน

อุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพ

อุปกรณ์หรือเครื่องมือ (mechanical or devices) ที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้มีการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและวัตถุประสงค์ที่ต้องการควบคุม^(7,10) โดยอุปกรณ์ที่มีการใช้บ่อย ได้แก่

- ราวข้างเตียง (bed rails or side rails) ใช้เพื่อจำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนไหว หรือเพื่อป้องกันการตกเตียง

- นวมหรือถุงมือชนิดไม่มีนิ้ว (hand mitt or mitten) มีลักษณะเป็นถุงครอบมือ โดยไม่แยกนิ้วออกจากกัน ใช้เพื่อป้องกันการดึงท่อหรือสายต่าง ๆ

- เข็มขัดหรือสายคาดเอว (waist or lap belt) เป็นแถบผ้าคาดรอบเอวหรือตัก สำหรับตรึงผู้ป่วยบนเตียง เก้าอี้นั่ง หรือรถเข็น เพื่อป้องกันการเคลื่อนที่ที่อาจทำให้เกิดอันตราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวหรือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน

- เสื้อกั๊กหรือเสื้อแขนกุศ (chest or jacket vest) มีลักษณะเป็นเสื้อไม่มีแขน ไม่มีกระดุม ใช้สวมทางศีรษะ และมีแถบผ้าติดทางด้านหลังสำหรับตรึงผู้ป่วยไว้กับเตียง เพื่อป้องกันการเคลื่อนที่ที่อาจทำให้เกิดอันตราย เช่น การตกเตียง ในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนหรือรายที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่มากนัก

- สายรัดข้อมือหรือข้อเท้า (wrist or/and leg restraint) เป็นสายรัดข้อมือหรือข้อเท้า โดยมีส่วนที่เป็นสายยาวสำหรับผูกกับเตียงเพื่อตรึงผู้ป่วยสามารถใช้กับแขน/ขาเพียง 2 จุด หรือ 4 จุด (two-points or four-points) เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยและป้องกันการดึงท่อหรือสายต่างๆ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะกระวนกระวาย/ผุดลุกผุดนั่งหรือมีพฤติกรรมที่รุนแรงอย่างมาก

- ผ้าผืนใหญ่หรือผ้าปูที่นอน (bed sheet) เป็นผ้าผืนใหญ่ขนาดใกล้เคียงกับผ้าปูที่นอน ใช้สำหรับตรึงหรือห่อตัวผู้ป่วยแล้วตรึงไว้กับเตียง เพื่อลดหรือจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งหมดของผู้ป่วย ในรายที่มี

ภาวะกระวนกระวาย/ผุดลุกผุดนั่ง หรือมีพฤติกรรมที่รุนแรง

ผลข้างเคียง (adverse effects) จากการควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพ

การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพนั้นอาจเกิดผลข้างเคียงหรือผลไม่พึงประสงค์ตามมาได้ ซึ่งอาจเกิดจากเทคนิคหรือวิธีการที่ใช้ ผลของการควบคุมต่อการเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงสภาวะร่างกายของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่จะพบอาการที่ไม่รุนแรงหรือเพียงเล็กน้อย แต่ในบางรายอาจพบอาการหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้นได้ รวมทั้งอาจเป็นเหตุของการเสียชีวิตได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ยังอาจเกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ป่วยที่ถูกควบคุม ซึ่งผลข้างเคียงเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าการควบคุมนั้นจะกระทำโดยใช้เทคนิคและวิธีการอย่างถูกต้อง⁽¹¹⁾ โดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกมาแล้ว

1. ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการถูกผูกมัดด้วยสายรัด (restraining straps)⁽¹²⁾ การใช้อุปกรณ์ด้วยเทคนิคหรือวิธีการที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่ออ่อนและอวัยวะในส่วนที่ถูกผูกมัด เช่น แผลถลอก รอยฟกช้ำ (bruise or contusion) การมีชาหรือเสียวแปลบ (numbness, tingling) ของอวัยวะส่วนปลายจากการกดรัดเส้นประสาทส่วนปลาย สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีการดิ้นรนหรือออกแรงเพื่อการเคลื่อนไหวมากขึ้นอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tension) การเคลื่อนที่หรือเลื่อนหลุดของข้อต่าง ๆ (dislocation) หรือภาวะกระดูกแตก/หักได้

2. ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการลดการเคลื่อนไหว (immobilization)⁽¹²⁾ การใช้อุปกรณ์ผูกมัดผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติหรืออยู่นิ่งเป็นเวลานาน ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลกดทับ (decubitus ulcers) ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะที่บริเวณขา (leg vein thrombosis) รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลัก (aspiration) และการเกิดปอดบวม (pneumonia) นอกจากนั้นการลดการ

เคลื่อนไหวเป็นเวลานานในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถทางปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจ (cognitive decline) และความสามารถด้านอื่น ๆ ด้วย

3. ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการดิ้นรนหรือออกแรงมากเกินไป (prolong struggling/extreme exertion) ในบางครั้งการควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพอาจส่งผลกระทบกับที่คาดหวังไว้ เช่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการสับสน กระวนกระวาย/ผุดลุกผุดนั่ง หรือมีอาการดังกล่าวมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงจากการตกเตียง⁽¹³⁾ ซึ่งการดิ้นรนหรือออกแรงมากขึ้นดังกล่าว อาจเกิดเนื่องจากความรู้สึกต่อต้านหรือเพื่อต้องการอิสระในการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม อาจเป็นไปได้เช่นกันว่าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) ที่ตามมาภายหลังการถูกผูกมัด⁽¹¹⁾ หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาวะร่างกายอื่น ๆ

4. ผลกระทบด้านจิตใจ (psychological effects)^(11,14) อาจพบได้เพียงช่วงสั้น ๆ ระหว่างการควบคุม แต่บางรายก็อาจส่งผลกระทบภายหลังได้เช่นกัน การถูกผูกมัดหรือยึดตรึงกับที่เป็นการคุกคามผู้ป่วยในลักษณะหนึ่ง ทำให้สูญเสียอิสรภาพทั้งด้านการเคลื่อนไหวและการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยอาจเกิดการรับรู้ถึงการถูกละเมิดหรือการถูกทรมาณ การถูกลดค่าความเป็นมนุษย์ หรือสูญเสียศักดิ์ศรี (dignity) ของตนเอง ผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงความวิตกกังวล ตื่นตระหนก หวาดกลัว ในบางรายอาจแสดงออกถึงความไม่พอใจ ต่อต้าน ก้าวร้าวหรือรุนแรงมากขึ้นได้ ในภายหลังผู้ป่วยอาจเกิดความไม่ไว้วางใจ ตื่นตระหนกได้ง่าย คิดวนเวียนกับการถูกกระทำนอนไม่หลับหรือฝันร้าย หรือแยกตัวมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลได้เป็นเวลาหลายปี ในรายที่รุนแรงอาจเกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังความเครียดรุนแรง (post traumatic stress disorder, PTSD) ตามมาได้

5. การเสียชีวิตเนื่องจากการควบคุมหรือผูกมัด (restraint-related death) การเสียชีวิตอาจเป็นผล

โดยตรงจากการผูกมัดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ถึงแม้ว่าจะมีการใช้วิธีการและเทคนิคที่ถูกต้อง สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการหายใจไม่ออก (asphyxiation) หรือการกดรัดเส้นเลือด (strangulation) เนื่องจากการดันของผู้ป่วยขณะถูกผูกมัดจนทำให้ร่างกายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยถูกกดรัดจากอุปกรณ์ขณะที่ไม่สามารถขยับ/เคลื่อนไหวร่างกายได้จนทำให้เกิดการกดรัดบริเวณทรวงอก (chest compression)⁽¹²⁾ หรือถูกกดรัดบริเวณลำคอ (neck compression)⁽¹⁵⁾ นอกจากนั้นแล้ว การที่ผู้ป่วยกลับมีอาการกระวนกระวาย/ผุดลุกผุดนั่ง (agitation) มากขึ้นภายหลังการผูกมัดอาจเนื่องจากการขาดออกซิเจน (hypoxia) ในขณะที่บุคลากรที่ดูแลอาจประเมินว่าเป็นปฏิกิริยาต่อต้านของผู้ป่วยและปรับการผูกมัดให้แน่นหรือมีแรงกดมากขึ้น จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้⁽¹¹⁾

การเสียชีวิตด้วยผลทางอ้อมของการผูกมัดมักเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยดิ้นรนหรือออกแรงมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงเกินปกติ (hyperthermia) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกจนทำให้เกิดการหดของเส้นเลือด (vasoconstriction) หรือภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) จากการหลั่ง lactic acid เนื่องจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน⁽⁶⁾ การหลั่ง catecholamine ปริมาณมากจากการถูกเร้าหรือความเครียดทางจิตใจรุนแรงก็เป็นอีกสมมติฐานหนึ่ง⁽¹¹⁾ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเหล่านี้อาจตามมาด้วยภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ (arrhythmia) ภาวะหลอดเลือดหัวใจล้มเหลว (cardiovascular collapse) หรือภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ได้ นอกจากนั้น การสำลัก (aspiration) ขณะที่ระดับสติสัมปชัญญะลดลงก็อาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตจากการหายใจไม่ออก ภาวะปอดบวมน้ำเยิบปอด (acute pulmonary edema) หรือปอดอักเสบ (pneumonitis)⁽¹¹⁾

นอกจากผลโดยตรงและทางอ้อมของการผูกมัดแล้ว สาเหตุของการเสียชีวิตอาจเกิดเนื่องจาก

กระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะถูกผูกมัดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม⁽⁶⁾ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง/เพียงพอ (inadequate assessment) การสื่อสารที่ผิดพลาด (miscommunication) ระหว่างบุคลากรหรือระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย การไม่ทำตามขั้นตอน/ข้อกำหนด รวมทั้งการไม่ติดตามสังเกตหรือตรวจสอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

6. ผลกระทบต่อสภาวะโดยรวมของผู้ป่วย⁽¹⁴⁾
การที่ผู้ป่วยถูกผูกมัดหรือตรึงอยู่กับที่ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลหรือช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) กระทั่งต่อการขับถ่าย เช่น เกิดภาวะท้องผูกหรือความเสี่ยงต่อภาวะก้อนอุจจาระอุดตันลำไส้ (fecal impaction) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (incontinence) หรือการขับปัสสาวะไม่ออก (urinary stasis) นอกจากนั้นยังอาจทำให้ผู้ป่วยไม่กินอาหารหรือเบื่ออาหารได้

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ต้องควบคุมด้วยวิธีการทางกายภาพ

ในการควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพโดยใช้อุปกรณ์นั้น มีแนวทางมาตรฐานการดูแลที่ควรต้องปฏิบัติ^(7,8,14) ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนใช้การควบคุม (assessment) เพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วยและความจำเป็น รวมทั้งประเมินประโยชน์และความเสี่ยงจากการควบคุม จากนั้นจึงพิจารณาถึงทางเลือกต่างๆ และชนิดของวิธีการ (restraint options) ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยหรือพฤติกรรมขณะนั้น ทั้งนี้การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีดังกล่าวจำเป็นต้องมีการสั่งการหรือคำสั่งที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร (restraints orders) ตลอดจนการทบทวนคำสั่งในช่วงเวลาที่จำกัด และต้องมีการติดตามหลังการควบคุม (monitoring) เพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการพิจารณายกเลิกการควบคุมเป็นช่วงสั้นๆ (restraint-free periods) และการยุติการควบคุมเมื่อหมดความจำเป็นหรือมีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

การประเมินผู้ป่วยก่อนใช้การควบคุม (assessment) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ทำให้ทีมบุคลากรเริ่มพิจารณาถึงความจำเป็นของการใช้การควบคุมทางกายภาพ ขั้นตอนแรกควรเริ่มต้นด้วยการประเมินถึงเหตุแห่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อน หลังจากนั้นจึงประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้จากการควบคุม โดยเฉพาะประโยชน์ต่อการดูแลรักษาและชีวิตของผู้ป่วย และควรที่จะต้องระบุและบันทึกไว้ให้ชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมดังกล่าวอาจมีสาเหตุจาก⁽¹³⁾

1) สภาวะร่างกาย/จิตใจหรือความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (individual's specific needs) เช่น ความเจ็บปวด การนอนหลับหรือหลับไม่เพียงพอ ภาวะท้องผูก การทำงานของระบบปัสสาวะที่ผิดปกติ หรือสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการรับรู้และความสุขสบายของผู้ป่วย (อุณหภูมิ ระดับเสียง แสงสว่าง ฯลฯ) หรือ

2) เป็นผลจากสภาวะโรคขณะนั้นและ/หรือสภาวะร่างกายเดิมของผู้ป่วย เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง ภาวะการตัดสินใจผิดเพี้ยน ระบบหลอดเลือดหัวใจหรือการหายใจล้มเหลว รวมทั้งปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การปรับสภาพแวดล้อม หรือการพบทวนสภาวะโรคและให้การรักษาที่ถูกต้อง/เหมาะสม อาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงและไม่จำเป็นต้องใช้การควบคุมทางกายภาพ

การพิจารณาทางเลือก/ชนิดของวิธีการ (restraint options) เมื่อประเมินถึงเหตุผลและความจำเป็นแล้วจึงพิจารณาถึงวิธีการและอุปกรณ์ที่จะใช้ในการควบคุม ซึ่งหลักการสำคัญ คือ ใช้การควบคุมให้น้อยที่สุดหรือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความจำเป็นนั้น ๆ (the least restrictive and appropriate devices) เช่น การใช้ hand mitt ในผู้ป่วยสับสนไม่มากนักที่อาจดึงท่อ/

สายโดยบังเอิญ การเลือกใช้สายรัดข้อมือสำหรับผู้ป่วยที่กระวนกระวายมากและมีท่อ/สายที่จำเป็นต่อการรักษาชีวิต หรือเลือกใช้ทั้งสายรัดข้อมือและเท้าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสนและกระวนกระวายมากเท่านั้น

สำหรับเทคนิคของการผูกมัดที่ถูกต้องสำหรับการใช้ทั้งสายรัดข้อมือและเท้าร่วมกันนั้น⁽¹⁶⁾ ควรจัดวางท่าทาง/ร่างกายของผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยมีข้อคำนึงที่สำคัญ คือ ในท่านอนหงาย (supine position) ผู้ป่วยอาจเกิดการสำลักได้ ในขณะที่ท่านอนคว่ำ (prone position) ผู้ป่วยอาจเกิดการหายใจไม่ออก (asphyxiation) ขึ้นได้ สำหรับท่านอนหงายต้องให้ส่วนศีรษะของผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ และควรปรับเตียงส่วนบนให้สูงขึ้นประมาณ 30 องศา ถ้าเลือกใช้การผูกมัด 4 จุด (ภาพที่ 1) ควรจัดให้แขนข้างหนึ่งอยู่ด้านบน ขณะที่ยกอีกข้างอยู่ด้านล่าง และควรสลับด้านกันเป็นระยะ ในกรณีที่ใช้การผูกมัดแบบ 2 จุด ก็ควรเลือกผูกมัดแขนข้างหนึ่งอยู่ด้านบนและผูกมัดขาในฝั่งตรงข้ามกัน ซึ่งก็จะทำให้สามารถสลับด้านกันได้เช่นกัน ในตำแหน่งของการผูกมัดบริเวณแขนหรือขานั้นต้องมีแผ่นรองคั่นระหว่างผิวหนังกับอุปกรณ์ ไม่รัดแน่นจนเกินไป หรือ หลวมจนเคลื่อนได้ ส่วนปลายอีกด้านของสายรัดต้องผูกยึดอยู่กับโครงเตียงที่แข็งแรงและไม่เคลื่อนที่ อยู่ในตำแหน่งที่ห่างจากการเข้าถึงของผู้ป่วย และต้องให้สามารถปลดได้อย่างสะดวกสำหรับกรณีฉุกเฉิน โดยห้ามใช้สายรัดหรือเงื่อนตาย นอกจากนั้น เตียงของผู้ป่วยควรอยู่ในตำแหน่งที่พยาบาลสามารถมองเห็นและเข้าถึงได้โดยง่าย

ภาพที่ 1 การผูกมัด 4 จุด



คำสั่งและการทบทวนคำสั่ง (restraints orders) หลังจากการประเมินอย่างรอบคอบและตัดสินใจว่ามีความจำเป็นต้องใช้การควบคุมทางกายภาพแล้วนั้น พยาบาลสามารถทำการควบคุมหรือผูกมัดก่อนได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอีกครั้งโดยแพทย์ที่รับผิดชอบภายใน 1 ชั่วโมงหลังการควบคุม และต้องมีคำสั่งแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเป็นคำสั่งที่ระบุระยะเวลาของการควบคุม แต่ต้องไม่มากกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อให้มีการประเมินผู้ป่วยและทบทวนคำสั่งเมื่อถึงกำหนดเวลา สำหรับพยาบาลแล้วต้องมีบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการควบคุมที่ระบุถึงเหตุผล ความจำเป็นและลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการควบคุมหรือผูกมัดได้ รวมทั้งชนิดและวิธีการที่ใช้ นอกจากนี้แล้ว การสื่อสารกับครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีความสำคัญ ควรอธิบายถึงเหตุผล/ความจำเป็น การขอความร่วมมือ การดูแลและการสังเกตผู้ป่วยที่สำคัญ รวมถึงการขอความยินยอมด้วย

การติดตามและประเมินหลังการควบคุม (monitoring) ประเด็นสำคัญในการติดตามดูแลและประเมินภายหลังการผูกมัด ได้แก่ การประเมินสภาวะด้านร่างกาย (physical status) การประเมินสภาพจิตและสภาวะด้านจิตใจ (mental status and psychological status) และการดูแลตำแหน่งของการผูกมัดทั้งที่ตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง มีข้อแนะนำถึงช่วงเวลาของการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ดังนี้

- 1) ผู้ใหญ่ที่ได้รับการผูกมัดเนื่องจากเหตุผลด้านพฤติกรรม ควรมีการติดตามดูแลและประเมินทุก 4 ชั่วโมง
- 2) ผู้ใหญ่ที่ได้รับการผูกมัดโดยไม่ใช่เหตุผลด้านพฤติกรรม ควรติดตามดูแลและประเมินทุก 2 ชั่วโมง
- 3) ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 9-17 ปี ควรติดตามดูแลและประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ
- 4) ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 9 ปี ควรติดตามดูแลและประเมินทุก 2 ชั่วโมง

การประเมินสภาวะร่างกายที่สำคัญ คือ การตรวจวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ การตรวจสอบพิสัยการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ประเมินการไหลเวียนโลหิตและปริมาณออกซิเจนในเลือด ในรายที่จำเป็น อาจต้องพิจารณาใช้ pulse oximeter เพื่อวัดระดับออกซิเจนในเลือด และการตรวจสภาพร่างกายโดยรวมเพื่อตรวจสอบการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนั้น ควรประเมินและให้การดูแลด้านความสบาย และสภาวะส่วนบุคคล เช่น ความต้องการน้ำและอาหาร การขับถ่าย ความสะอาด ความร้อน/เย็น เป็นต้น

การประเมินสภาพจิตและสภาวะด้านจิตใจ ควรมีการประเมินสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดทั้งในขณะที่ถูกผูกมัดและภายหลังการควบคุม เพื่อจัดการกับความไม่พอใจ ความหวาดกลัว ความตระหนก ความโกรธหรือก้าวร้าว ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งต้องมีการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยด้วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับสติสัมปชัญญะ การรับรู้สภาพแวดล้อม หรือมีภาวะสับสนมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ นอกจากนี้ ควรมีการประเมินและจัดการผลกระทบด้านจิตใจที่อาจตามมาภายหลังการควบคุม เพื่อลดปัญหาความผิดปกติด้านจิตใจในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม พึงระลึกไว้เสมอว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพจิต สภาวะจิตใจ และการแสดงออกของผู้ป่วย อาจเป็นผลข้างเคียงของการควบคุมทางกายภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของสภาวะร่างกายของผู้ป่วยได้เช่นกัน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (ethical consideration)

ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ไม่เพียงแต่ข้อมูลทางคลินิกเท่านั้นที่เป็นประเด็นสำคัญ แต่ควรพิจารณาประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน (human right) และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) ของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ประเด็นด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลรักษา⁽⁴⁾ ได้แก่

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) ซึ่งบุคคลนั้น ๆ ควรได้รับการ

ปฏิบัติในฐานะของมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานะผู้ป่วยหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างที่ควร

2) ความเป็นอิสระและเสรีภาพของบุคคล (autonomy) โดยเฉพาะอิสรภาพในการตัดสินใจของบุคคล โดยที่บุคคลควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นก่อนที่จะทำการตัดสินใจ รวมทั้งการให้ความยินยอม (consent) ด้วย

3) คุณภาพชีวิตและความสุขสบาย (wellbeing) ซึ่งไม่เพียงแต่ด้านกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงด้านสังคม จิตใจ และคุณธรรม/ความชอบธรรม อีกด้วย

4) ความเชื่อมั่นและการพึ่งพาตนเอง (self-reliance) หมายถึงการที่บุคคลสามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ควรปรับหรือสร้างสภาพแวดล้อม และมีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการสื่อสารที่ชัดเจนทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติผู้เกี่ยวข้อง

สำหรับการควบคุมด้วยวิธีทางกายภาพโดยใช้อุปกรณ์ในโรงพยาบาลทั่วไปแล้ว ประเด็นสำคัญด้านจริยธรรม^(4,17) ที่ต้องพิจารณา คือ ประโยชน์สำหรับตัวผู้ป่วยต้องมาก่อน และการไม่ใช้วิธีนี้อาจทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้หลังจากได้พิจารณาแนวทางการดูแลรักษาอื่น ๆ ที่บีบบังคับน้อยกว่า (less coercive measures) อย่างรอบคอบแล้ว นอกจากนั้น บุคลากรยังต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างตรงไปตรงมา ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถรับรู้การสื่อสารได้อย่างที่ควร ผู้ป่วยก็ยังคงสิทธิในการรับรู้ข้อมูลหลังจากฟื้นตัวหรือระดับสติสัมปชัญญะกลับมาเป็นปกติแล้ว

ในการปฏิบัติงานจริงนั้น ข้อขัดแย้งด้านจริยธรรม (ethical dilemma) อาจเกิดขึ้นได้^(4,17) ทั้งกับตัวบุคลากรผู้ให้การดูแลรักษาเอง หรือระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยหรือญาติ ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอาจขัดแย้งกับอิสรภาพในการตัดสินใจหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือในกรณีที่บุคลากรต้องมีหน้าที่ดูแล/ป้องกันผู้ป่วยจากอันตรายหรืออุบัติเหตุที่อาจขัดแย้งกับอิสรภาพในการตัดสินใจของผู้ป่วย

หรือความเห็นของญาติผู้ป่วยได้ นอกจากนั้น การที่บุคลากรกังวลกับอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดมากเกินไป เมื่อรวมกับการมองถึงผลดีมากกว่ากังวลกับผลทางลบที่อาจตามมา⁽¹³⁾ ก็อาจเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้มีการควบคุมทางกายภาพตามมา ซึ่งข้อขัดแย้งลักษณะนี้อาจเกิดขึ้นตามหลักการของผลกระทบที่เกิดควบคู่กัน (the principle of double effect)⁽¹⁷⁾ กล่าวคือ สิ่งที่เราคิดว่าจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีก็อาจมีผลกระทบที่เราคาดไม่ถึงขึ้นได้ หรือความตั้งใจที่ดีในการดูแลรักษา ก็อาจเกิดผลในทางตรงข้ามได้ เมื่อเกิดข้อขัดแย้งดังกล่าว แนวทางสำคัญที่ควรคำนึงถึงประกอบการพิจารณา ได้แก่ วัตถุประสงค์หลักของการกระทำ และตัวการกระทำนั้นถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล ผลกระทบที่เป็นอันตรายนั้นไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาโดยเจตนา อีกทั้งไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการกระทำนั้น ทั้งนี้ ผลลัพธ์ด้านดีตามที่คาดไว้ต้องมากกว่าผลกระทบทางลบ และผลดีที่ได้รับนั้นต้องไม่ใช่ผลโดยตรงหรือเป็นผลต่อเนื่องจากผลกระทบด้านลบ

ข้อขัดแย้งด้านจริยธรรมดังกล่าว ย่อมส่งผลให้เกิดความยุ่งยากและลำบากใจในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย การศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ทำการควบคุมด้วยวิธีทางกายภาพโดยใช้อุปกรณ์⁽¹⁸⁾ พบว่าพยาบาลเองมักเกิดความสับสนหรือคับข้องใจในตนเองเมื่อต้องตัดสินใจระหว่างหลักการด้านจริยธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความต้องการของญาติ ตัวอย่างเช่น การที่ต้องผูกมัดผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยดื้อส่ายทางทางจงใจออกหลายครั้ง และการใส่สายยางแต่ละครั้งก็ส่งผลต่อความเจ็บปวด สภาวะจิตใจ หรือการบาดเจ็บได้ หรือการที่ญาติและครอบครัวขอให้ทำการควบคุมผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ แต่พยาบาลประเมินว่ายังไม่มี ความจำเป็นหรืออาจใช้แนวทางอื่นได้ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยสูงอายุขอให้ใช้ราวข้างเตียงเนื่องจากรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการตกเตียง แต่พยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยมีระดับสติสัมปชัญญะดีและมีความเสี่ยงต่ำต่อการตกเตียง

นอกจากนั้นแล้ว บริบทแวดล้อมของสถานพยาบาลก็อาจส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคลากร โดย

เฉพาะพยาบาล ได้เช่นกัน⁽¹⁹⁾ เช่น เมื่อทีมพยาบาลรู้สึกถึงการขาดแคลนหรือความไม่เพียงพอทั้งทีมงานและวัสดุอุปกรณ์ หรือเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่พอเพียง ก็อาจส่งผลให้พยาบาลผู้ดูแลตัดสินใจใช้การควบคุมด้วยวิธีทางกายภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจากเหตุไม่คาดคิดหรือผลกระทบตามมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญกว่าเหตุผลอื่น ซึ่งความรู้สึกลักษณะดังกล่าวก็อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่วงเวลาของวันที่มีความยุ่งยากหรือภาระงานที่ต่างกันไป ความพร้อมของทีมบุคลากร รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งนโยบายของสถานพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการใช้มาตรการควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีทางกายภาพ

สรุป

การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีทางกายภาพโดยใช้อุปกรณ์ (mechanical physical restraints) อาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยและประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ และมีการใช้ในหลากหลายสถานพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานพยาบาล/สถานดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวก็อาจเกิดผลข้างเคียงหรือผลแทรกซ้อนตามมา ซึ่งอาจร้ายแรงถึงความพิการหรือเสียชีวิตได้ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่จะใช้การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีดังกล่าวจึงควรต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง ภายใต้เหตุผลทางคลินิกที่เหมาะสมและมีกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ทำกรควบคุมผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างทีมก็เป็นอีกประเด็นสำคัญที่ควรต้องมีการปรึกษาร่วมกันและการสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษร และที่สำคัญ คือการประเมินผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุที่อาจนำไปสู่การตัดสินใจใช้การควบคุมด้วยวิธีทางกายภาพ ทั้งก่อนที่จะทำการควบคุมและระหว่างการควบคุม รวมทั้งการพิจารณาทางเลือกอื่นที่มีผลกระทบน้อยกว่า

ในทางปฏิบัติแล้ว การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีทางกายภาพโดยใช้อุปกรณ์ก็อาจเป็นเหตุของข้อขัด

แย้งด้านจริยธรรมได้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประเด็นความปลอดภัย สิทธิส่วนบุคคลและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเป็นอิสระของบุคคล ซึ่งแน่นอนว่าข้อขัดแย้งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจ (decision making) ของบุคลากรทางการแพทย์ และส่งผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Oearsakul B, Sirapo-ngam Y, Strumpf NE, Malathum P. Physical Restraint Use among Hospitalized Elderly Thais. Pacific Rim Int J Nurs Res 2011; 15(2):125-136.
2. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 2013;50: 1599-1606.
3. Kalula SZ, Petros SG. Use of physical restraint in hospital patients: a descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. Curationis 2016; 39(1):a1605. <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1605>
4. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. J Med Ethics 2006;32:148-152.
5. พยอมน อิงคตานุวัฒน์. ศัพท์จิตเวช. โครงการตำรา-ศิริราช, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 2525.
6. Coburn VA, Mycyk MB. Physical and chemical restraints. Emerg Med Clin N Am 2009;27:655-67.

7. RegisteredNursing.org. Use of Restraints and Safety Devices: NCLEX-RN. Available from: <https://www.registerednursing.org/nclex/use-restraints-safety-devices/>
8. Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion. Nonviolent Crisis Intervention Training Program. Available from: <https://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint-Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf>
9. Springer G. When and how to use restraints. *American Nurse Today* 2015;10(1):26-7.
10. Rose C. Choosing the right restraint. *American Nurse Today* 2015;10(1):28-9.
11. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003;48: 330-7.
12. Berzlanovich AM, Schopfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(3):27-32. doi:10.3238/arztebl.2012.0027
13. Agens JE. Chemical and physical restraint use in the older person. *BJMP* 2010;3(1):302
14. College of Nurses of Ontario. Practice Standard: Restraints. Toronto: College of Nurses of Ontario; 2009 Jun. Available from: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf
15. Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age and Ageing* 2017;46:688–93.
16. Booth JS, Edwards AR. Four-point restraint. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1941454-overview>
17. Petrini C. Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. *Ann Ist Super Sanità* 2013;49(3):281-5.
18. Lai CKY. Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – a study using focus group interviews. *BMC Nursing* 2007;6:5. doi:10.1186/1472-6955-6-5
19. de Casterlé BD, Goethals S, Gastmans C. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nursing Ethics* 2014;22(6): 642-51.

Use of Physical Restraints in General Hospital: Clinical Practice and Considerations

*Jirawat Moolasart*¹

Received: December 29, 2020

Revised: May 20, 2021

Accepted: June 23, 2021

ABSTRACT

Physical restraints are measure used to restrict patient's freedom of movement by using mechanical or devices, while the patient cannot easily remove it by himself/herself. Restraints may control the physical or behavioral activity or a portion of body, including limiting the area of movement. In general, restraints are used to prevent consequences or harm due to patient's behavior both intentionally or unintentionally. However, such restraints may lead to adverse effects or complication particularly in the context of general hospital where the patient has a disease or physical condition problem. The adverse effects that occur can be serious or even fatal. Therefore, standard of care is absolutely important – as a hospital practice guideline to help patients be safe from their behavior and minimize the chance of serious adverse effects. In practice, the ethical dilemma of restraint is inevitable. Decision-making of stakeholders with consideration of necessity of care and benefit of patient, thus, is important.

Keywords: physical restraints, restraint, restraints devices, ethical dilemma

¹ Psychiatrist. Department of Psychiatry, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand.

Corresponding author: Jirawat Moolasart, Psychiatrist. Department of Psychiatry, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Tambon Naimuang, Ampur Muang, Ubonratchathani, 34000, Thailand. Tel: 045 319200 ext.1344 Email: jirawatmool@hotmail.com