แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด

นันทวัช สิทธิรักษ์ พบ. ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ พบ.* ณัฏฐา สายเสวย พบ.* วรภัทร รัตอาภา พบ.* พนม เกตุมาน พบ.* วีระนุช รอบสันติสุข พบ.* ธีระ ฤชุตระกูล พบ.* ศิริวรรรณ บุญฐิติกุล พยบ.* จริยา ทะรักษา พบ.* เลิศพงศ์ สมจริต พบ.* สุพัชรา นามวิเศษ พยบ.* ศิริกุล เกิดสมนึก พยบ.* สุพัฒน์ ศรีสมอ่อน พยบ.* นาตยานี เชียงหนู พยบ.* สุลีพร ถนอมกลาง พยบ.* พิรมล เทพมงคล ทบ.* น้องนุช ภูมิสนธิ์ พยบ.* สกุลทิพย์ มาลาศรี พยบ.**

บทคัดย่อ

การผูกยึดผู้ป่วยเป็นการให้การรักษาที่จำเป็นต้องปฏิบัติในโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและบุคคลอื่นในแง่ความปลอดภัยและเพื่อประโยชน์ในการรักษา การผูกยึดผู้ป่วยอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางการผูกยึดโรงพยาบาลศิริราช ได้ร่วมมือจัดทำและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด (CPG for Physical Restraint) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) ให้ผู้ป่วยได้รับการผูกยึดเท่าที่จำเป็น 2) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกยึด 3) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ครบถ้วนและถูกต้อง และ 4) ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการผูกยึด บทความนี้กล่าวถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด การทดลองนำไปใช้ในหอผู้ป่วยนำร่องปรากฏว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดมีประโยชน์ คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางการผูกยึดได้นำข้อมูลจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติตาม CPG นี้ในหอผู้ป่วยนำร่องมาปรับพัฒนาเพื่อเพิ่มความมีส่วนร่วมและความนิยมในการนำ CPG นี้ไปใช้จริง โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ การผูกยึด แนวทางการดูแลผู้ป่วย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(4): 385-398

* คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ

Clinical Practice Guideline for Physical Restraint

Nantawat Sitdhiraksa M.D. Sirirat Kooptiwoot M.D.* Nattha Saisavoey M.D.* Woraphat Ratta-apha M.D.* Panom Ketuman M.D.* Weranuj Roubsanthisuk M.D.* Theera Ruchutrakool M.D.* Siriwan Boonthipikul R.N.* Jariya Tarugsa M.D.* Lertpong Somchrit M.D.* Supatchara Namvises R.N.* Sirikul Kerdsomnuek R.N.* Supat Srisomorn R.N.* Natayanee Seangnu R.N.* Suleeporn Thanomklang R.N.* Piramol Tewmonkol D.D.* Nongnuch Poomison R.N.* Sakunthip Malasri R.N.**

Abstract

Physical restraint is still a necessary treatment procedure in the hospital for the benefit of safety for both patients and others or for the benefit of getting medical treatment. However, negative consequences may occur as the adverse effects of physical restraint. The Siriraj Hospital Physical Restraint Committee, a multidisciplinary team, developed a Clinical Practice Guideline for Physical Restraint (CPG for Physical Restraint) with the objectives for: 1) minimizing the physical restraint only for the necessary cases 2) maximizing the safety of physical restraint 3) the patients getting adequate standard of nursing care and 4) reducing the negative consequences from physical restraint. In this article, we reviewed the process of developing the CPG for Physical Restraint. Trials of CPG in pilot inpatient units and satisfaction surveys were performed to increase mutual participation and acceptance of CPG utility. Most of the CPG users felt that the CPG was useful for improvement patient standard of care. The patients who needed to receive physical restraint at Siriraj Hospital shall receive the medical and nursing care according to the CPG for Physical Restraint with the consideration of patient's right and maximum benefit of the patient.

Keywords: Physical Restraint, Clinical Practice Guideline, CPG

J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(4): 385-398

* Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Noi, Bangkok

ความสำคัญ

การผูกยึดผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของสภาพจิต ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อสับสนจากโรคทางกาย (Delirium) แพทย์และพยาบาลบางครั้งจำเป็นต้องผูกยึดผู้ป่วยเพื่อช่วยรักษาหรือป้องกันการบาดเจ็บหรืออันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงที การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด ต้องใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถและปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามหลักการ จึงจะช่วยลดการบาดเจ็บและอันตรายด้านต่างๆ ที่อาจเกิดต่อผู้ป่วยและผู้อื่นลงได้

ข้อมูลจากเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผูกยึดเฉลี่ยร้อยละ 10 โดยประมาณ บางครั้งการผูกยึดถูกใช้เมื่อสายเกินไป เช่น หลังจากเกิดอุบัติเหตุต่อตัวผู้ป่วยไปแล้ว เช่น หกล้ม พลัดตกจากเตียง หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้ทำร้ายเจ้าหน้าที่ บางครั้งเกิดการผูกยึดโดยไม่จำเป็น เช่น ผูกยึดเพราะอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ หรือผูกยึดผู้ป่วยนานกว่าจำเป็นเพราะไม่มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบในทีมผู้รักษา ขั้นตอนในการผูกยึดในแต่ละหอผู้ป่วยมีความหลากหลาย การดูแลผู้ป่วยระหว่างได้รับการผูกยึดไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาล รวมถึงปัญหาสิทธิผู้ป่วย และปัญหาความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างญาติผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแลรักษา

คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพได้จัดทำคู่มือแนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด (Clinical Practice Guideline (CPG) for Physical Restraint) ในโรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้การผูกยึดผู้ป่วยใช้ในกรณีจำเป็นและมีข้อบ่งชี้ชัดเจน โดยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก และเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจถึงข้อบ่งชี้ และสามารถตัดสินใจที่จะผูกยึดหรือคลายการผูกยึด รวมทั้งวิธีการดูแลรักษาอื่นๆ ก่อนที่จะตัดสินใจผูกยึด มีแนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วยขณะที่ได้รับการผูกยึด และคลายการผูกยึดผู้ป่วยเมื่อหมดข้อบ่งชี้ เพื่อลดอัตราการผูกยึดในโรงพยาบาลให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

การทบทวนวรรณกรรม

ปัจจุบันข้อมูลจากงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับการผูกยึดมีมากขึ้น Binder และคณะ[1] ได้ทำการสำรวจโดยให้จิตแพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 20 คน ทำการตอบแบบสอบถาม พบว่าแพทย์ 14 ใน 20 คน ตอบว่าพวกเขามักตัดสินใจที่จะทำการผูกยึดให้กับผู้ป่วยไปก่อนที่จะทำการสืบค้นเพิ่มเติมทางการแพทย์ Leslie และคณะ[2] ได้ศึกษาถึงเหตุผลในการผูกยึดผู้ป่วยในสถานการณ์และสถานที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน พบว่าแผนกฉุกเฉินใช้ข้อบ่งชี้ในการผูกยึดผู้ป่วยแตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น Robin และคณะ[3] ได้ศึกษาวิธีการผูกยึดผู้ป่วย พบว่ามีการใช้วิธีผูกสองจุดสูงถึงร้อยละ 17 ของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะเฉียบพลันด้วยเหตุผลหลักในการผูกยึดคือ เพื่อป้องกันผู้ป่วยลุกออกมาจากเตียง Lavoie และคณะ[4] รายงานว่าผู้ที่ได้รับการผูกยึดมักเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะถูกผูกยึด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ อีกหลายการศึกษา

เหตุผลในการผูกยึดผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลพบว่ามีหลายกรณี เช่น เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการช่วยคงการรักษาและช่วยคุมพฤติกรรมที่อาจเกิดอันตราย Health Care Financing Authority[11] ได้ทำการศึกษาพบว่า พบผู้ป่วย

ได้รับการผูกยึดเพราะพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 29.2 มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 16.8 เสี่ยงต่อการฆ่าผู้อื่น ร้อยละ 7.4 อยู่ในภาวะสุราและสารเสพติดเป็นพิษ ร้อยละ 7.4 อยู่ในภาวะสับสน ร้อยละ 6.4 มีอาการ catatonia ร้อยละ 1.7 มีภาวะสมองเสื่อม[5] อย่างไรก็ตาม Lavoie FW และคณะ[4] กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการผูกยึดผู้ป่วยนั้น ยังมีไม่เพียงพอ

มีบางงานวิจัย[6] รายงานว่าการผูกยึดในบางครั้งได้สร้างปัญหาเรื่องความปลอดภัยโดยตัวของมันเอง[6] งานวิจัยได้แสดงให้เห็นว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอมารองรับว่าการผูกยึดมีประโยชน์ และการผูกยึดมักพบผลแทรกซ้อนตามมา การผูกยึดในบางครั้งเกิดจากการประเมินที่สูงเกินความจำเป็นว่าผู้ป่วยสมควรได้รับการผูกยึด และการประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการผูกยึดต่ำเกินกว่าที่ควรจะเป็น เช่น เกิดการล้ม เพิ่มภาวะสับสน ทำให้กล้ามเนื้อลีบ ท้องผูกเรื้อรัง ภาวะ incontinence กระดูกบาง แผลกดทับ เป็นต้น

การผูกยึดยังเชื่อมโยงกับภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น อารมณ์กังวล และอารมณ์ซึมเศร้า ยังรวมไปถึงการสูญเสียศักดิ์ศรี เสียความเป็นอิสระ และเสียความรู้สึกในความเป็นมนุษย์ (dehumanization) เพิ่มภาวะกระสับกระส่าย ภาวะซึมเศร้า และพบมีการตายเกิดขึ้น Pudiak และคณะ[7] ได้รายงานภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึดพบว่า ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการขับถ่าย ปอดติดเชื้อจากการสำลัก การอุดตันของการไหลเวียน cardiac stress ผลต่อผิวหนัง ความอยากอาหารลดลง ภาวะขาดน้ำ และการตาย นอกจากนี้ยังมีการรายงานการตายที่เกี่ยวเนื่องกับการผูกยึดในการศึกษาหลายวิจัย[8,9]

มีข้อมูลบางส่วน[9] ที่ทำการสำรวจข้อแทรกซ้อนของการผูกยึด โดยทำการสำรวจในแพทย์ผู้ดูแลหอผู้ป่วยและดูแลเกี่ยวกับการศึกษาแพทย์ประจำบ้านแผนกเวชปฏิบัติฉุกเฉิน โดยมีแพทย์ร้อยละ 13 จาก 127 คน ที่พบร้อยละ 25.2 ตอบแบบสอบถามกลับมา พบว่ามีการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญในขั้นตอนของการผูกยึดในช่วง 5 ปี โดยการบาดเจ็บที่พบนั้นมีภาวะกระดูกหักและการบาดเจ็บของศีรษะรวมอยู่ด้วย[2] จากการทบทวนของ Leslie[2] พบว่ามีเพียงการวิจัยชิ้นเดียวที่เป็นการวิจัยแบบไปข้างหน้าศึกษาผลแทรกซ้อนจากการผูกยึด พบอัตราผลแทรกซ้อนร้อยละ 5.4 โดยไม่พบการบาดเจ็บรุนแรง และการตาย ผลแทรกซ้อนจากการผูกยึดมีดังนี้ ผู้ป่วยหลุดออกจากการผูกยึด ทำอันตรายต่อผู้อื่น อาเจียน ทำอันตรายตนเอง และทำให้เกิดความก้าวร้าวหรือกระสับกระส่ายมากขึ้น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลแทรกซ้อน คือ ชนิดและจำนวนของการผูกยึด อายุของผู้ป่วย วิธีการที่ใช้ในการผูกยึด โรคประจำตัวของผู้ป่วย งานวิจัยเกี่ยวกับการผูกยึดมีจำนวนจำกัด แพทย์แผนกฉุกเฉินยังตระหนักถึงผลแทรกซ้อนทางด้านจิตใจน้อยเกินไป

Neufeld และคณะ[10] รายงานว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการลดลงของภาวะบาดเจ็บรุนแรงกับการลดการผูกยึดลงอย่างมีนัยสำคัญ[10] สถาบันทางการแพทย์ในต่างประเทศได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการผูกยึดขึ้น[11,12] ในปี พ.ศ. 2543 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)[13] ได้ตั้งเกณฑ์มาตรฐานการผูกยึดผู้ป่วย (Physical restraint) ไว้ ได้ให้แนวทางว่าจะใช้การผูกยึดได้ก็ต่อเมื่อได้มีการพยายามดูแลรักษาวิธีอื่นๆ อย่างเต็มที่แล้ว ยังไม่ได้ผล จึงมีเหตุผลเพียงพอที่จะใช้วิธีการผูกยึด และทางสถาบันได้สนับสนุนการลดการผูกยึดในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยจากสถาบันอื่นอีกหลายสถาบันที่สนับสนุนการลดการผูกยึดในโรงพยาบาล

จากการศึกษาของ Vance[14] พบว่าการมี CPG สำหรับการผูกยึด สามารถลดการผูกยึดที่ไม่เหมาะสมลงได้ถึง ร้อยละ 36 เปรียบเทียบกับก่อนมี CPG แต่อุบัติการณ์ของการผูกยึดไม่แตกต่างกัน จึงได้มีการแนะนำว่าการให้การอบรมแพทย์และพยาบาล

การมี Restraint Protocol รวมทั้งการสนับสนุนและเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทราบถึงวิธีการและนโยบายของโรงพยาบาลต่อการผูกยึดผู้ป่วยมีความจำเป็นเป็นอย่างมากต่อการที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดจะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมตามศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และเคารพต่อสิทธิผู้ป่วย รวมถึงได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย[15]

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการผูกยึดมีจำกัด ยังไม่มีการศึกษาและพัฒนา Clinical Practice Guideline สำหรับการผูกยึดที่เป็นมาตรฐาน มีเพียงคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง[16] ซึ่งบางครั้งจำเป็นต้องได้รับการผูกยึดหรือใช้ห้องแยก ทางคณะผู้จัดทำเห็นว่าการมี CPG สำหรับการผูกยึด จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นได้รับการผูกยึดต่อไป

ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด

เพื่อพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพปี พ.ศ. 2549 ในหัวข้อ I -3.3 สิทธิผู้ป่วย ค.3 ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ- ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด โรงพยาบาลต้องมีนโยบายและแนวทางการดูแลที่มีความต้องการเฉพาะ หน่วยงานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราชจึงได้ร่วมมือกับฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ หน่วยทันตกรรมโรงพยาบาลศิริราช และภาควิชาจิตเวชศาสตร์พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดภายใต้ชื่อ **คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดโรงพยาบาลศิริราช** โดยมีคณะกรรมการทั้งหมด 18 คน เริ่มตั้งขึ้นตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนปี พ.ศ. 2549 โดยมีการประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพทุก 2 เดือน

คณะกรรมการ[9] ได้ทบทวนข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ (occurrence report) การผูกยึดจากหน่วยงานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช ทบทวนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการผูกยึด พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน จึงได้ร่วมกันระดมสมองร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดในโรงพยาบาลศิริราช

คณะกรรมการ[9] ได้ทำการศึกษานำร่องทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดในหอผู้ป่วย 13 แห่ง จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2550 ทดลองใช้คู่มือแนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด 3 เดือน และเก็บข้อมูลความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั้ง 13 แห่ง ได้มีการประชุมสัมมนาพยาบาลจากหอผู้ป่วยดังกล่าวกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ (ตารางที่ 1) มาประเมินและพิจารณาโดยคณะกรรมการ[9] แล้วปรับปรุงแก้ไขและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดฉบับปรับปรุงที่ 1 และทำการศึกษานำร่องครั้งที่ 2 โดยทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด (ฉบับปรับปรุงที่ 1) ในหอผู้ป่วยเดิม 13 แห่ง ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2550 เป็นเวลา 3 เดือน หลังจากการทดลองใช้ครั้งที่ 2 ได้มีการประชุมสัมมนาพยาบาลจากหอผู้ป่วยกับคณะกรรมการ[9] ครั้งที่ 2 และนำข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะมาประเมินและพิจารณาแล้วปรับปรุงแก้ไขและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดฉบับสุดท้าย จากการสำรวจทั้งสองครั้งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากคิดว่าแนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดมีประโยชน์ (ร้อยละ 92 ในการสำรวจครั้งที่ 1 และ ร้อยละ 67 ในการสำรวจครั้งที่ 2) พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยใช้ visual analog scale (คะแนน 0-10) จากการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดในหอผู้ป่วยนำร่อง 13 แห่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 ผลการสำรวจความพึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดในหอผู้ป่วยนำร่อง 13 แห่ง

	ฉบับร่างฉบับแรก สิงหาคม 2550 n=38 (ร้อยละ)	ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ธันวาคม 2550 n=33 (ร้อยละ)	
ผู้ตอบแบบสอบถาม			
พยาบาล	66 (ร้อยละ)	88 (ร้อยละ)	
แพทย์ประจำบ้าน	29 (ร้อยละ)	12 (ร้อยละ)	
อาจารย์แพทย์	5 (ร้อยละ)	0 (ร้อยละ)	
คิดว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดช่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น			
ดีขึ้น	45	39	
ไม่ดีขึ้น	16	6	
ไม่แน่ใจ	39	55	
คิดว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดมีประโยชน์			
มี	92	67	
ไม่มี	8	33	
ความพึงพอใจ	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value (t- test)
ความยุ่งยากซับซ้อน	6.1 (2.4)	5.8 (2.5)	> 0.05
ความสะดวกในการปฏิบัติตาม	4.7 (2.3)	5.0 (2.3)	> 0.05
ความง่ายต่อการเข้าใจ	5.2 (1.9)	5.4 (1.9)	> 0.05
ประโยชน์ต่อการใช้ในการดูแลผู้ป่วย	6.2 (2.4)	6.2 (2.3)	> 0.05
ควรนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง	5.5 (2.3)	5.7 (2.6)	> 0.05

หลังจากที่คณะกรรมการ[9] ได้ร่วมกันพิจารณาผลการสำรวจและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดจึงได้ประกาศใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดฉบับมาตรฐานอย่างเป็นทางการในโรงพยาบาลศิริราชเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2551

การประเมินก่อนตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลเบื้องต้น

การประเมินผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในเบื้องต้นที่ต้องปฏิบัติ โดยประเมินปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสถูกผูกยึดตั้งแต่แรกรับ เช่น ระดับสติปัญญา ความรู้สึกตัว ปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความเจ็บปวด ความต้องการความช่วยเหลือทางร่างกายในด้านต่างๆ เช่น อาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการรักษา

1. การสัมภาษณ์ประวัติจากผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประวัติโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อการถูกยึด (ตารางที่ 2) สิ่งกระตุ้นให้เกิดความโกรธและวิธีระงับความโกรธที่เคยได้ผล

2. การตรวจร่างกายสัญญาณชีพและสภาพจิตใจ การรับรู้ สติปัญญา การทรงตัว การเดินและการเคลื่อนไหว ปัญหาการนอน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ภาวะทางโภชนาการ เช่น ภาวะขาดน้ำ (dehydration) ภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองโดยตรง ภาวะความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือ pain score scale เป็นระยะๆ

ตารางที่ 2 โรคหรือภาวะที่มีภาวะเสี่ยงต่อการถูกผูกยึด

โรคหรือภาวะที่มีภาวะเสี่ยงต่อการถูกผูกยึด	
- มีภาวะเดินวุ่นไปมาอย่างไร้จุดหมาย	- มีการติดสายตรวจหรือท่อต่างๆเพื่อการรักษา
- ผู้ป่วยสูงอายุ	- ตั้งครรภ์
- ความสามารถในควมคุมการขับถ่ายลดลง	- โรคหอบหืด
- ต้องพึ่งพาคนอื่นไม่สามารถช่วยตัวเองได้	- การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ศีรษะหรือไขสันหลัง
- มีสภาพจิตหรือระดับสติปัญญาเปลี่ยนไป	- ประวัติมีกระดูกหัก
- มีประวัติหกล้มหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการล้ม	- ประวัติการผ่าตัด
- ไม่ร่วมมือในการรักษา	- อาการชัก หรือโรคลมชัก
- วุ่นวายหรืออยู่ไม่นิ่ง	- การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางอารมณ์หรือจิตใจ

3. พยายามให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาให้มากที่สุด ถึงแม้ผู้ป่วยจะเป็นเด็กก็ตาม อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงนโยบายการใช้การผูกยึดในโรงพยาบาล และสอบถามความคิดของผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีที่จำเป็นต้องใช้การผูกยึดกับผู้ป่วย

4. ควรมีการทดสอบและตรวจสอบการใช้แผนการปฏิบัติงาน การประเมินผู้ป่วย การออกคำสั่งการผูกยึดผู้ป่วยว่ามีความเหมาะสมเพียงใด เพื่อพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

5. จำเป็นต้องบันทึกให้ชัดเจนว่าได้มีการพยายามใช้วิธีการอื่นๆ แล้ว ก่อนที่จะตัดสินใจใช้การผูกยึดกับผู้ป่วย

ขั้นตอนการปฏิบัติในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด (รูป 1-3)

1. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยแพทย์ และ/หรือ พยาบาล ควรอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจว่าทุกพฤติกรรมล้วนมีความหมายซ่อนอยู่ ถ้าทำโดยการเฝ้าสังเกตอย่างระมัดระวัง ผู้ประเมินจะสามารถเข้าใจลักษณะของผู้ป่วยและแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นได้ รวมถึงความหมายจากการกระทำ จัดเป็นกุญแจสำคัญเพื่อตัดสินใจว่าจะผูกยึดผู้ป่วยหรือไม่ หลังจากนั้นควรพยายามค้นหาปัจจัยทางกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ โดยแพทย์ หรือพยาบาล เช็คเครื่องหมาย ในแบบประเมินข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย (รูป 2) ดังนี้

2. การแก้ไขเบื้องต้นก่อนตัดสินใจผูกยึด (Alternative to restraint) (รูป 3) โดยแพทย์ หรือพยาบาลพยายามให้การแก้ไขวิธีต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจใช้การผูกยึด เช่น ถ้าผู้ป่วยสับสน หรือมีพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือ ทีมผู้รักษาอาจเลือกใช้วิธีการดังนี้

2.1 พยายามพูดคุย re-orientate ผู้ป่วยบ่อยๆ

2.2 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตำแหน่งที่เฝ้าระวังดูแลได้ง่าย

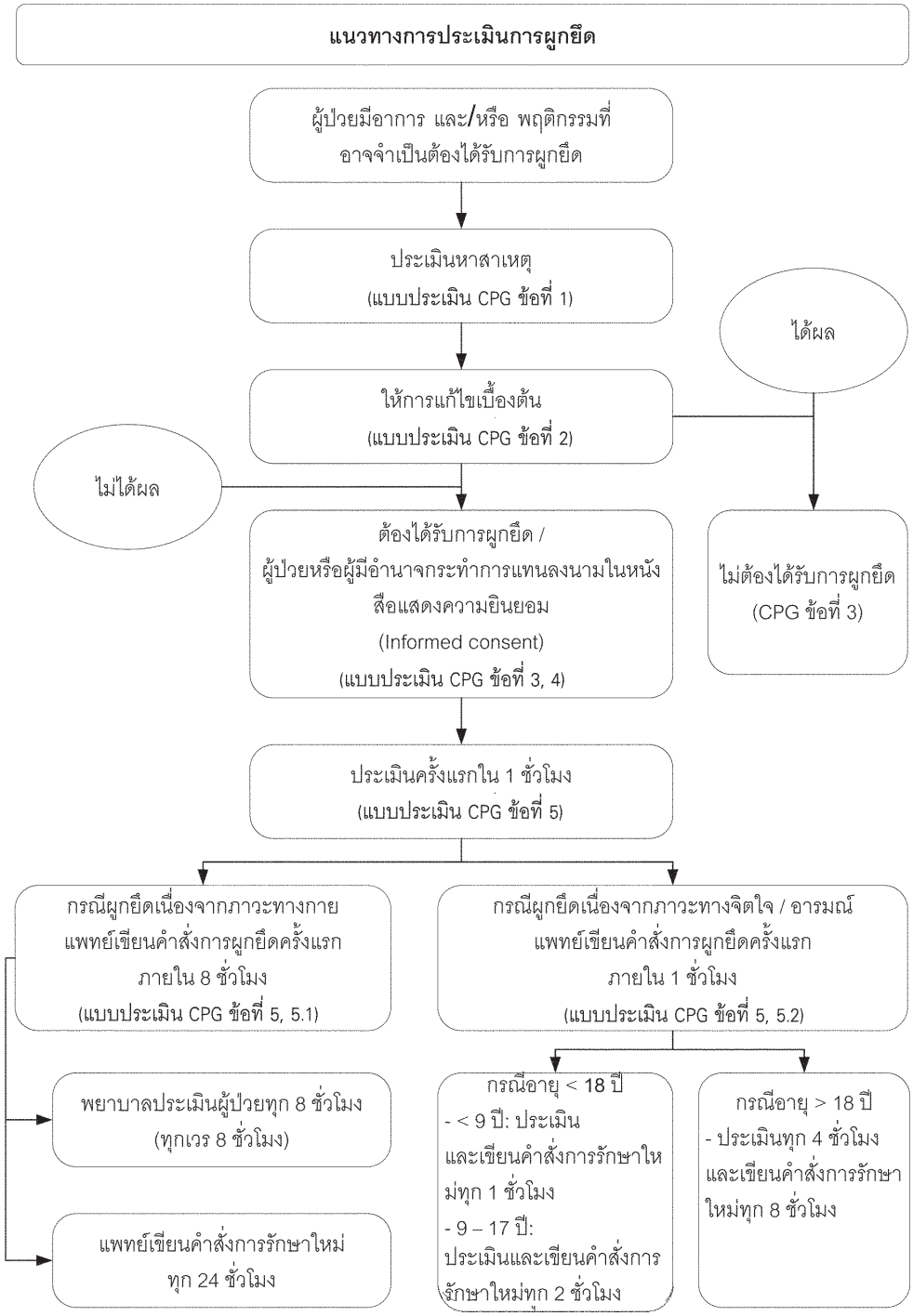
2.3 ใช้กริ่งเตือนที่เตียงเพื่อเตือนบุคลากรว่าผู้ป่วยเริ่มลุกออกจากเตียงและเริ่มเดินแล้ว

2.4 สนับสนุนให้ญาติได้มีโอกาสอยู่กับผู้ป่วย

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ

2.6 ใช้ภาษาพูดที่เข้าใจง่าย

2.7 ให้ผู้ป่วยใช้แว่นตา เครื่องช่วยฟัง กรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการมองเห็น หรือการได้ยิน



รูปที่ 1 สรุปขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด

แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย (CPG for Physical Restraint)

ชื่อ.....**อายุ**..... **การวินิจฉัย**.....

1. แพทย์/พยาบาลเช็ค ✓ ในข้อที่เข้าได้กับพฤติกรรมของผู้ป่วย (สามารถ ✓ ได้หลายข้อ)

มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น

- ○ พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง
- ○ พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด
- ○ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ปีนเตียง
- ○ การดึงอุปกรณ์
- ○ พฤติกรรมอื่นๆระบุ:.....

1.1 สาเหตุอันเนื่องมาจากภาวะทางกาย

- ○ ภาวะเพ้อ สับสน
  - ○ มีอาการเฉียบพลัน / เพ้อ / สับสน วัน / เวลา / สถานที่ / บุคคล มีอาการแย่ลงช่วงกลางคืน
- ○ ภาวะสมองเสื่อม
- ○ Traumatic brain injury
- ○ โรคหลอดเลือดสมอง
- ○ ภาวะทางกายอื่นๆ ระบุ:.....

1.2 สาเหตุอันเนื่องมาจากภาวะทางจิตใจ หรืออารมณ์

- ○ หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว
- ○ พฤติกรรมร้ายตนเอง/ผู้อื่น
- ○ หลงผิด/ประสาทหลอน
- ○ เครียด/กังวล/กลัว/ซึมเศร้า อย่างมาก
- ○ ภาวะทางจิตใจ อารมณ์อื่นๆ ระบุ:.....

2. แพทย์/พยาบาลเช็ค ✓ วิธีที่ได้พยายามแก้ไขเบื้องต้นไปแล้ว (สามารถ ✓ ได้หลายข้อ)

- ○ ประเมินสาเหตุของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป
- ○ พยายาม re- orientate ผู้ป่วยบ่อย ๆ
- ○ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (เช่น ย้ายเตียง/ จัดบรรยากาศ สถานที่ใหม่ / จัดเก็บอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตราย)
- ○ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
- ○ ให้ญาติมาอยู่ด้วย
- ○ ให้เปลี่ยนกิจกรรม
- ○ เบี่ยงเบนความสนใจ (ให้ดูทีวี, ฟังเพลง ฯลฯ)
- ○ จัด/ผูก tube / drains ในที่เหมาะสม
- ○ อธิบายพูดคุยกับผู้ป่วย
- ○ ให้ยาให้สงบ (Chemical restraint) (ให้บันทึกชนิด ปริมาณ วิธีบริหารยา และเวลาที่ให้ยาด้วยทุกครั้ง)
- ○ อื่นๆ ระบุ.....

3. แพทย์/พยาบาลเช็ค ✓ ผลที่เกิดขึ้นหลังจากให้การแก้ไขเบื้องต้นแล้ว

- ○ ได้ผลดี → ไม่ต้องผูกยึด
- ○ ไม่ได้ผล → พิจารณาการผูกยึด ไปข้อ 4.

ลงชื่อ(แพทย์/พยาบาลผู้ประเมิน).....
เวลา.....วัน/เดือน/ปี.....

รูปที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึด หน้าที่ 1/2

แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย (CPG for Physical Restraint)

ชื่อ.....**อายุ**.....**ปี การวิจฉัย**.....

4. แพทย์/พยาบาลเช็ค เครื่องหมาย ✓ วิธีการผูกยึดที่ใช้

- ○ ผูกยึดบริเวณข้อมือ หรือข้อเท้า
- ○ ผูกยึดแบบจุดเดียว
- ○ ผูกยึดแบบ 2 จุด : ผูกข้อมือทั้งสองข้าง / ผูกข้อเท้าทั้งสองข้าง / ผูกข้อมือและข้อเท้าด้านตรงข้าม
- ○ ผูกยึดแบบ 4 จุด
- ○ ผูกยึดบริเวณลำตัว หรือ papoose restraint
- ○ อื่นๆ ระบุ.....

5. การประเมิน และเขียนคำสั่งการผูกยึด (แพทย์/พยาบาลเช็ค เครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ทำ)

- ○ ประเมินครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังทำการผูกยึด
  - มีข้อบ่งชี้ → ทำข้อ 5.1 หรือ 5.2 ต่อ
  - หมดข้อบ่งชี้ → ข้ามข้อ 5.1 หรือ 5.2 ไปข้อ 6, 7

5.1 กรณีผูกยึดเนื่องจากภาวะทางกาย (เช็ค ✓ ข้อ 1.1) แพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดครั้งแรกภายใน 8 ชั่วโมง

- ○ แพทย์/พยาบาล ประเมินผู้ป่วยซ้ำอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือตามความจำเป็นในการผูกยึดพยาบาลโรค/ภาวะของผู้ป่วย ในขณะนั้น
- ○ แพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 24 ชั่วโมง

5.2 กรณีผูกยึดเนื่องจากภาวะทางจิตใจ หรือ อารมณ์ (เช็ค ✓ ข้อ 1.2) แพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมง

- ○ ผู้ป่วยอายุ < 18 ปี
  - ○ ผู้ป่วยอายุ < 9 ปี: แพทย์/พยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำ และแพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 1 ชั่วโมง
  - ○ ผู้ป่วยอายุ 9-17 ปี: แพทย์/พยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำ และแพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 2 ชั่วโมง
- ○ ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี
  - ○ แพทย์/พยาบาล ประเมินผู้ป่วยซ้ำทุก 8 ชั่วโมง และแพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 8 ชั่วโมง

6. การดูแลผู้ป่วยระหว่างการผูกยึด พยาบาลเช็ค ✓ วิธีการที่ได้ทำ

- ○ บันทึก สัญญาณชีพ พฤติกรรม (ตามมาตรฐานการดูแลในแต่ละโรค / ภาวะของผู้ป่วย)
- ○ จัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
  - ○ จัดท่าที่ไม่ขัดขวางต่อการหายใจ
  - ○ ดูแลไม่ให้สายผูกยึดบังป้ายข้อมือของผู้ป่วย
- ○ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับผูกยึด ให้ประเมิน
  - ○ ระดับสติสัมปชัญญะ (Cognitive level)
  - ○ ผิวหนังบริเวณผูกยึด
  - ○ การขับถ่าย
  - ○ อื่นๆ ระบุ.....

7. การประเมินผู้ป่วยเพื่อคลายการผูกยึด (แพทย์/พยาบาลเช็ค เครื่องหมาย / ในข้อที่ทำ)

- ○ ประเมินว่าผู้ป่วยยังมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการผูกยึดต่อ
  - ○ ยังมีข้อบ่งชี้ → ให้ปฏิบัติตาม CPG ต่อ
  - ○ หมดข้อบ่งชี้ → แพทย์/พยาบาล บันทึกเหตุผลของการสิ้นสุดการผูกยึด
  - ○ ระบุ.....
- ○ มีการทบทวนแก้ไขปัญหาหลังการผูกยึดโดยทีมผู้รักษา

เวลาที่สิ้นสุดการผูกยึด.....วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ (แพทย์/พยาบาล ผู้ประเมิน).....

รูปที่ 3 แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึด หน้าที่ 2/2

2.8 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย และความสนใจ

3. การประเมินหลังจากได้ให้การแก้ไขเบื้องต้น ควรประเมินซ้ำว่าการช่วยเหลือที่ทำไปได้ผลหรือไม่ ถ้าได้ผลให้ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นต่อ พร้อมกับเฝ้าระวัง และประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะๆ โดยที่ไม่ต้องทำ**ข้อ 4.** แต่ถ้าการช่วยเหลือวิธีอื่นไม่ได้ผล ให้จึงพิจารณาใช้วิธีการผูกยึด เมื่อเสร็จการประเมินผู้ประเมินต้องลงนาม พร้อมทั้งระบุวัน และเวลาที่ประเมิน (ดูรูป 3)

4. หลักการพิจารณาการใช้วิธีการผูกยึด (Physical Restraint) มีดังนี้

4.1 เลือกใช้วิธีการผูกยึดพันธนาการผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

4.2 ควรเลือกเครื่องมือที่มีลักษณะอ่อนนุ่มเพียงพอ

4.3 ประเมินว่ามีบุคลากรเพียงพอหรือไม่ ควรเตรียมบุคลากรให้เพียงพอก่อน และตามหน่วยรักษาความปลอดภัยเมื่อจำเป็น

4.4 ระวังความปลอดภัยของบุคลากรร่วมด้วย

4.5 ระวังตำแหน่งของเครื่องมือบนตัวผู้ป่วยว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และไม่ขัดขวางต่อการดูแลผู้ป่วย

4.6 จัดท่าผู้ป่วยที่ไม่ขัดขวางต่อการหายใจ เช่น ท่านอนหงาย

4.7 วิธีการที่เหมาะสมในการผูกยึด (Acceptable Methods of Restraint) มีผูกยึดแบบจุดเดียว คือ ยึดข้อมือ หรือข้อเท้า ผูกยึดแบบ 2 จุด คือ ผูกข้อมือ 2 ข้าง หรือข้อเท้า 2 ข้าง หรือผูกข้อมือและข้อเท้าด้านตรงข้าม ผูกยึดแบบ 4 จุด ให้ผูกยึดบริเวณข้อเท้าก่อน และผูกยึดบริเวณข้อมือ ผูกยึดแบบ 5 จุด โดยเพิ่มการผูกยึดบริเวณลำตัว หรือ Papoose restraint ในบางสถานการณ์อาจต้องใช้ cervical spine precautions (CIP) สำหรับควบคุมศีรษะ

5. วิธีการประเมินผู้ป่วยหลังตัดสินใจผูกยึด

5.1 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดเนื่องจากอาการเพ้อ สมองเสื่อม หรือโรคทางกาย ที่มีปัญหาทางสติสัมปชัญญะหรือความรู้สึกตัวที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ ยึดหลักการของการดูแลผู้ป่วยโรคหรือภาวะนั้นๆ เป็นหลัก โดยแพทย์หรือพยาบาลควรทำการประเมินทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในขั้นต้นก่อนผูกยึด ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ และแพทย์ควรเขียนคำสั่งการผูกยึดครั้งแรกภายใน 8 ชั่วโมงหลังการผูกยึด จากนั้นควรประเมินผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง และเขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 24 ชั่วโมง

5.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดเนื่องจากอาการทางจิตเวช แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องทำการประเมินผู้ป่วยทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังการผูกยึดและหลังการยุติการผูกยึดทันที และแพทย์ควรเขียนคำสั่งการผูกยึดครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังการผูกยึด หากจำเป็นต้องทำการผูกยึดผู้ป่วยต่อไปเกิน 1 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีการประเมินซ้ำ โดยแยกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

- อายุต่ำกว่า 9 ปี เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 1 ชั่วโมง
- อายุ 9-18 ปี เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 2 ชั่วโมง และประเมินทุก 2 ชั่วโมง
- อายุมากกว่า 18 ปี เขียนคำสั่งการผูกยึดใหม่ทุก 8 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมง

6. การให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการผูกยึด

6.1 ทบทวนแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6.2 ไม่ผูกรัดแน่นจนเกิดผลเสียต่อการไหลเวียนของโลหิต มีผ้านุ่มรองบริเวณปุ่มกระดูกก่อนการผูกยึด เพื่อหลีกเลี่ยงการกดรัด

6.3 ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด และให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกยึดสามารถเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยทั่วไปควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย และยกหัวเตียงสูงเล็กน้อยถ้าไม่มีข้อห้าม เพื่อป้องกันการสำลัก (aspiration) ในรายที่จำเป็นต้องผูกยึดในท่านอนคว่ำต้องดูแลให้ทรวงอกไม่ถูกกดรัดและสามารถขยายได้ปกติ เพื่อป้องกันภาวะขาดอากาศ (asphyxia) จัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ทุก 2 ชั่วโมง

6.4 คลายเครื่องผูกยึดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจดูแลผิวหนังและข้อบริเวณนั้นให้มีการไหลเวียนของโลหิตและการเคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ สังเกตว่ามีการบาดเจ็บ อาการบวมของข้อ หรือรอยช้ำ แผลถลอกของผิวหนังบริเวณที่ผูกยึดหรือไม่ นวดบริเวณที่ผูกยึดเพื่อให้ผิวหนังและข้อบริเวณนั้นคงสภาพปกติ ในกรณีที่ไม่สามารถประเมินสีผิวหรือการไหลเวียนของโลหิตของผู้ป่วยได้ชัดเจน ควรใช้เครื่องมือตรวจวัดระดับออกซิเจนติดที่ปลายนิ้วมือหรือนิ้วเท้าของผู้ป่วยตลอดเวลา

6.5 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อสังเกตสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ช่วงที่เจ้าหน้าที่เพียงพอหรือมีญาติอยู่ด้วย ควรเอาเครื่องผูกยึดออก

6.6 ตรวจวัดสัญญาณชีพต่างๆ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรค หรือภาวะของผู้ป่วย

6.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ และควรให้อาหารหรือนมตรงเวลากับมื้อที่ผู้ป่วยควรได้รับให้มากที่สุด ในรายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ควรถามผู้ป่วยถึงความต้องการน้ำดื่มทุก 2 ชั่วโมง

6.8 ดูแลเรื่องสุขอนามัยของร่างกายและเสื้อผ้าของผู้ป่วยให้สะอาด

6.9 ดูแลและถามความต้องการของผู้ป่วยเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

6.10 ดูแลจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ สิ่งของเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย เช่น อย่าให้มีหมอนหรือผ้าห่มมากองอยู่ใกล้บริเวณศีรษะผู้ป่วย ผูกหรือติดเทปกับท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหารให้ดี เพื่อไม่ให้หลุดง่าย ไม่เก็บของมีคมหรือสิ่งของซึ่งสามารถใช้เป็นอาวุธได้ไว้ที่ข้างเตียงผู้ป่วย เป็นต้น ยกเหล็กกั้นข้างเตียงขึ้นทั้งสองข้างทุกครั้งเมื่อไม่ได้ทำหัตถการใดๆ กับผู้ป่วยแล้ว

6.11 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการขอความช่วยเหลือต่างๆ จากเจ้าหน้าที่และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการให้ความช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้ง ไม่ข่มขู่ และช่วยปลอบใจให้ผู้ป่วยคลายกังวล ดูแลช่วยเหลือให้ความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย

6.12 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยว่าจะสามารถยุติการผูกยึดได้หรือไม่ เช่น ความรู้สึกตัว การตอบสนองของระบบประสาท การร่วมมือในการรักษา การควบคุมตนเองได้ การลดลงของพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว เป็นต้น

6.13 บันทึกข้อมูลต่างๆ จากการประเมินลงในแบบบันทึกการรักษาพยาบาล ได้แก่ เวลาที่เริ่มผูกยึดผู้ป่วย สัญญาณชีพ พฤติกรรมของผู้ป่วย จำกัดการเคลื่อนไหวเฉพาะส่วนที่ต้องการผูกยึด อวัยวะส่วนอื่นสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

7. การยุติการผูกยึด (Removal from restraint, termination of restraint) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

7.1 แพทย์ และ/หรือ พยาบาลประเมินผู้ป่วยว่ายังมีพฤติกรรมหรืออาการบ่งชี้สำหรับการผูกยึดอยู่หรือไม่ ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ให้อธิบายผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจยุติการผูกยึด

7.2 คลายการผูกยึดทีละจุด โดยคลายบริเวณขาก่อนแขนถ้าผู้ป่วยได้รับการผูกยึดทั้งแขนและขา คลายแขนข้างที่ไม่ถนัดก่อนข้างที่ถนัดแล้วประเมินผู้ป่วยซ้ำ

7.3 แพทย์ และ/หรือ พยาบาลบันทึกถึงเหตุผลหรือหลักฐานที่นำไปสู่การตัดสินใจยุติการผูกยึด รวมถึงเวลา และนามผู้ที่คลายการผูกยึด

การผูกยึดจะสิ้นสุดลงเมื่อภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตสงบลง และผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นแล้ว และควรสิ้นสุดการผูกยึดให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในกรณีที่ทำการผูกยึดนานกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ประเมินสามารถใช้แผ่นต่อของแบบประเมิน (รูป 3)

8. การประเมินติดตามผลหลังจากการผูกยึดผู้ป่วย ควรทำทุก 8 ชั่วโมง เพื่อตัดสินใจจะผูกยึดผู้ป่วยต่อไปหรือไม่ โดยประเมิน

8.1 ระดับสติสัมปชัญญะ (Cognitive level)

8.2 ผิวหนังบริเวณที่ผูกยึด การเคลื่อนไหวของข้อ การบวมของข้อมือ มีบวมแดง เขียวหรือไม่

8.3 การขับถ่าย เพราะการผูกยึดทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

8.4 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมวุ่นวายทำให้ต้องผูกยึดนานขึ้น พร้อมทั้งแก้ไขปัจจัยดังกล่าว

8.5 ทบทวนเหตุการณ์หลังการผูกยึด (debriefing) เป็นกระบวนการที่สำคัญ โดยให้ทุกคนที่อยู่ในเหตุการณ์ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์เอง หรือผู้ป่วยได้มีโอกาสแบ่งปันความรู้สึก มุมมอง หรือความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับผู้รักษาได้มีโอกาสทบทวนข้อมูลต่างๆ วิเคราะห์ปัญหาและปรับแผนการดูแลรักษาใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป สำหรับผู้ป่วยได้ทบทวนเหตุการณ์ร่วมกับแพทย์หรือบุคลากรที่ดูแลรักษาโดยแยกออกมาคุยตัวต่อตัว ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และช่วยกันคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือป้องกันไม่ให้ปัญหาเกิดขึ้นอีก

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

1. การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานช่วยพัฒนา CPG physical restraint ช่วยให้ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ปฏิบัติจริงมากที่สุด

2. บริบท ข้อจำกัดและปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน การประชุมระดมสมองเพื่อตกลงถึงประเด็นที่เป็นปัญหา บริบทของปัญหา ความถี่บ่อยและความสำคัญของปัญหาเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนา CPG for Physical Restraint)ช

3. ควรฝึกอบรมให้ความรู้ และทักษะที่เหมาะสมเกี่ยวกับการผูกยึดแก่บุคคลากรทางการแพทย์ทุกคน เน้นเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการผูกยึด ข้อบ่งชี้ในการผูกยึด ข้อห้าม ข้อควรระวัง และข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรในโรงพยาบาลเอง

4. ควรมีการปรับปรุง CPG for Physical Restraint ให้เข้ากับบริบท และข้อจำกัดแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก

5. ในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วย ICU ผู้ป่วย newborn ผู้ป่วย NICU ควรใช่อุปกรณ์การผูกยึดที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้นิพนธ์ขอขอบคุณอดีตรองคณบดีฝ่ายบริหารความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผศ.พญ.ภัทนี สามเสน รองคณบดีฝ่ายบริหารความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รศ.ดร.นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย อดีตหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผศ.พญ.แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และกำลังใจแก่คณะกรรมการจัดทำแนวทางการผูกยึด

เอกสารอ้างอิง

1. Binder RL, McNiel DE. Emergency psychiatry: contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. Psychiatr Serv 1999; 50:1553-4.
2. Leslie SZ. Evidence-based treatment of psychiatric patient. Emerg Med 2005: 28:277-83.
3. Robbins LJ, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. J Am Geriatr Soc 1987; 35:290-6.
4. Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL. Emergency department violence in United States teaching hospitals. Ann Emerg Med 1988; 17: 1227-33.
5. Health Care Financing Authority. HFCA's National Restraint Reduction Newsletter 2000; 8(1). Available from http://www.hcfa.gov/ pubforms/ rrsum99.htm. (Accessed June 29, 2000).
6. Capezuti & Braun, 2001; Capezuti & Wexler, 2003; Dunn, 2001; Talerico & Capezuti, 2001
7. Pudiak CM, Bozarth MA. Cocaine fatalities increased by restraint stress. Life Sci 1994; 55:PL379-82.
8. Robbins LJ, Bay Ko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. J Am Geriatr Soc 1987; 35:290-6.
9. Tinetti ME, Lui WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. Ann Intern Med 1992; 116:369-74.
10. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1999; 47:1202-7.
11. Health Care Financing Authority. HFCA's National Restraint Reduction Newsletter 2000;8(1). Available from http://www.hcfa.gov/ pubforms/rrsum99.htm. (Accessed June 29, 2000).
12. Health Care Financing Authority. Restraint and the fear of injury. HCFA's National Restraint Reduction Newsletter 1996; 4(3). Available from http://www. hcfa.gov/pubforms/restaint /rr0896.htm. (Accessed June 29, 2000).
13. Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) 2002. Comprehensive Accreditation Manual for Hospital: The Official Handbook. Oakbrook Terrace, Illinois 2001
14. Vance DL. Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study. AACN Clin Issues. 2003; 14:82-91.
15. Winston PA, Morelli P, Bramble J, Friday A, Sanders JB. Improving patient care through implementation of nurse-driven restraint protocols. J Nurs Care Qual 1999; 13:32-46
16. อภิญญา สิริไพบูลย์กิจ, งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช: คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, 2542.