



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง "การวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช" เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการผูกมัด เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอาการนำทางจิตเวช พฤติกรรมก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด ก่อนการปลดปล่อย จำแนกตามเพศ รวมทั้งการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด ช่วงเวลาในการผูกมัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัด จำแนกตามเพศและวัย ส่วนชนิดของการผูกมัดจำแนกตามเพศของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และวิเคราะห์การดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัดในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 อย่างคือ แบบบันทึก (Coding sheet) และแบบสอบถาม

1. แบบบันทึกมี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญและอาการนำทางจิตเวชก่อนการผูกมัด พฤติกรรมก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด ก่อนการปลดปล่อยและข้อมูลเกี่ยวกับการผูกมัด จำนวน 15 ข้อ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และทดลองใช้ 30 ชุด ที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

2. แบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด และภายหลังการผูกมัด โดยได้สำรวจสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นบนหอผู้ป่วยก่อนการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระประชา และโรงพยาบาลศรีธัญญา หลังจากนั้นจึงสร้างแบบสอบถามโดยกำหนดเป็นสถานการณ์จำลองที่เหมือนสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นบนหอผู้ป่วยให้มากที่สุด แล้วตั้งคำถามจำนวน 26 ข้อ

ซึ่งเป็นการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนคือ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 5 ตัวเลือก จะมีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว คำตอบที่ถูกต้อง จะต้องเป็นคำตอบที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเหมาะสมตามสถานการณ์โดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้อง รวมทั้งเกณฑ์ในการแปลระดับความเหมาะสมของการดำเนินงาน ดังนี้

ความเหมาะสมของการดำเนินงาน	ร้อยละของคะแนน
ระดับสูง	มากกว่าร้อยละ 85
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 70 ถึงร้อยละ 85
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 70

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบ โดยนำแบบสอบทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดจำนวน 50 ท่าน คำนวณความเที่ยงโดยใช้สูตร คูเคอร์ ริชาร์ดสัน-20 ได้ความเที่ยง 0.79

กลุ่มตัวอย่างประชากร

กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

1. แฟ้มประวัติผู้ป่วย (Patients' chart) ของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดทุกคนในช่วงเวลาที่ศึกษา 2 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลประสาทสงขลา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยาจำนวน 176 ฉบับโดยมีจำนวนครั้งของการผูกมัดที่เกิดขึ้น 257 ครั้ง

2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนของโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลประสาทสงขลา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดในช่วงเวลาที่ศึกษา 2 สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 103 คน

เก็บรวบรวมข้อมูล

1 การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกโดยใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยทั้งสิ้น 176 คน ซึ่งมีการผูกมัดเกิดขึ้นจำนวน 257 ครั้ง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด จำนวน 103 คน และขอรับคืนภายใน 1 ชั่วโมง ได้แบบสอบถามคืน 103 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทุกฉบับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบบันทึกนำข้อมูลที่ได้จากตอนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลมาหาค่าร้อยละ เสนอเป็นตาราง ครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวนครั้งของการผูกมัด หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละแล้วเสนอในลักษณะความเรียง ข้อมูลตอนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญก่อนการผูกมัด อาการนำทางจิตเวช การช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผูกมัด และขณะผูกมัด เสนอในรูปแบบแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ พฤติกรรมก่อนการผูกมัด ขณะผูกมัด และก่อนการปลดปล่อย เสนอในรูปแบบแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ จำแนกตามเพศของผู้ป่วย ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผูกมัด เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงโดยใช้ t-test ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดเปรียบเทียบตามช่วงอายุของผู้ป่วย โดยใช้ F-test

ข้อมูลจากแบบสอบถามมาหาค่าร้อยละคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยส่วนรวมและแยกตามแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เสนอในรูปแบบตาราง

#### สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชากร

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 59.66 ส่วนเพศชาย จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 40.34 อายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น คือ 21-40 ปี 98 คน คิดเป็นร้อยละ 55.68 รองลงมาคือวัยรุ่นคือ อายุ 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด  $31 \pm 14.43$  ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ โสด ร้อยละ 65.34 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.52 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 30.11 ไม่มีรายได้ร้อยละ 26.14 มีรายได้แต่ไม่พอใช้ ร้อยละ 25.00

2. ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่คิดยาเสพติดใด ๆ ร้อยละ 55.50 คิดบุหรี่ ร้อยละ 16.75 กัญชา ร้อยละ 10.99 นอกนั้นคิดทินเนอร์ ยาม้า หมาก และ ยาทันใจ การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 58.09 รองลงมาคือ





โรงจิตจากสภาวะร่างกาย ร้อยละ 31.25 โรคจิตทางอารมณ์ชนิดแมเนีย ร้อยละ 16.48  
โรคจิตเนื่องจากสมองพิการ ร้อยละ 5.08 ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช  
ร้อยละ 53.41 ส่วนที่เหลือร้อยละ 46.59 เคยรับการักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเฉลี่ย 4.76  
± 4.03 ครั้งต่อคน อาการสำคัญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ตูต่า เอะอะ  
อาละวาด ร้อยละ 32.35 ขณะรับการรักษาดังที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผูกมัดก่อนการ  
ศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 50 เคยได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด เฉลี่ย  
1.82+1.2 ครั้งต่อคน ลักษณะนิสัยส่วนตัวส่วนใหญ่ใจเย็นร้อยละ 46.59 รองลงมาเป็นคนไม่โง่ง่าย  
เจ้าอารมณ์ ร้อยละ 41.48

3. เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญก่อนได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่ระบุชัดเจน  
ไม่ได้ร้อยละ 48.24 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ปฏิเสธความต้องการร้อยละ 15.14 เป็นที่น่า  
สังเกตว่า ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรักษาดังที่โรงพยาบาลได้รับการผูกมัดร้อยละ 8.46 อาการนำทางจิตเวช  
ส่วนใหญ่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 56.94 รองลงมาสัมพันธ์เกี่ยวกับเวลาสถานที่และบุคคล ร้อยละ  
17.05 (ตารางที่ 4)

4. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อนได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดส่วนใหญ่คือ ทำอันตรายผู้อื่น  
รองลงมาคือ กระสับกระส่าย เดินไปเดินมาจนร่างกายอ่อน เพลีย พุดคนเดียวเดินไปเดินมา เมื่อ  
พิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า ทั้งผู้ป่วย เพศชาย และ เพศหญิงมีพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้รับการผูกมัด  
เพื่อการบำบัดมากเป็นอันดับหนึ่งสองและสาม เหมือนกันคือ ทำอันตรายผู้อื่น กระสับกระส่าย เดิน  
ไปเดินมาจนร่างกายอ่อน เพลีย และพุดคนเดียวเดินไปเดินมา

5. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดส่วนใหญ่คือ ส่งเสียง เอะอะ  
คำทอ รองลงมาคือ สงบไม่ต่อต้าน และหลับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยหญิงมี  
พฤติกรรมขณะผูกมัด ส่วนใหญ่คือส่งเสียง เอะอะอาละวาดไวววายคำทอ ส่วนผู้ป่วยชาย สงบไม่  
ต่อต้าน

6. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อนการปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่  
คือไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น รองลงมาคือ หลับ และรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล เป็นปกติ  
เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยชายและหญิง มีพฤติกรรมก่อนการปลดปล่อยส่วนใหญ่คือ

ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น รองลงมาในผู้ป่วยชายคือ หลับ ส่วนผู้ป่วยหญิงคือ รับรู้ เวลาสถานที่และบุคคล

7. การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับส่วนการผูกมัดส่วนใหญ่ คือ พยายามให้ผู้ป่วยระบาย ความคับข้องใจ ร้อยละ 36.23 และขณะผูกมัดคือ ให้อาา PRN ตามแผนการรักษา ร้อยละ 42.66 รองลงมาสำหรับการผูกมัดให้อาา PRN ตามแผนการรักษา ร้อยละ 33.91 ขณะผูกมัด คือจัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนโดยสงบ ร้อยละ 34.21 เป็นที่น่าสังเกต การดูแลความสบาย ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ไม่เกิดขึ้นก่อนได้รับการผูกมัด ขณะผูกมัด ผู้ป่วยได้รับ เพียงร้อยละ 10.84 เท่านั้น และผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือใด ๆ ก่อนการผูกมัด ร้อยละ 1.74 (ตารางที่ 8)

8. ชนิดของการผูกมัดเพื่อการบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ส่วนใหญ่คือ มัดมือและเท้าทั้งสอง ข้างยึดกับเตียง รองลงมาคือมัดมือทั้งสองข้างยึดกับเตียง เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า ชนิดของการผูกมัดเพื่อการบำบัดในผู้ป่วย เพศชายและหญิงได้รับส่วนใหญ่ คือ มัดมือและเท้าทั้งสองข้างยึดกับเตียง รองลงมาคือ มัดมือทั้งสองข้างยึดกับเตียง

9. ช่วงเวลาที่มีการผูกมัดเพื่อการบำบัดเกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นช่วง เวร เช้า ร้อยละ 46.67 เป็นที่น่าสังเกตว่า เกิดขึ้นก่อนกลุ่มบำบัดใน เวร เช้าถึงร้อยละ 30.4 รองลงมาเกิดขึ้น ในเวรบ่ายร้อยละ 31.1 น้อยที่สุดคือ เวรตึกร้อยละ 22.2 เมื่อดูการของจำนวนครั้งของการผูกมัดพบว่า เกิดขึ้นมากในช่วงต่อระหว่าง เวร คือ เวรตึกต่อเวรเช้า เวรเช้าต่อเวรบ่าย และ เวรบ่ายต่อเวรตึก จำนวน 26, 19 และ 22 ครั้ง ตามลำดับ จากการผูกมัดทั้งหมด 257 ครั้ง และจะลดลงทันทีในชั่วโมงถัดมา (ตารางที่ 12 และแผนภูมิที่ 1)

10. ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วย เพศชายและหญิง กับผู้ป่วยที่มีช่วงอายุต่างกัน พบว่า

10.1 ผู้ป่วยเพศชายมีเวลาในการผูกมัดเฉลี่ย 6 ชั่วโมง 9 นาที ผู้ป่วยหญิง 5 ชั่วโมง 15 นาที แต่ไม่พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

10.2 ผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 10-20 ปี ใช้เวลาในการผูกมัดเฉลี่ย 5 ชั่วโมง 40 นาที ผู้ป่วย 21-40 ปี เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 20 นาที อายุ 40-60 ปี เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 16 นาที ส่วนผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี เฉลี่ยนานที่สุด 7 ชั่วโมง 29 นาที และผู้ป่วยที่ช่วงอายุต่างกัน มีระยะเวลาเฉลี่ยในการผูกมัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยทั้งหมดใช้เวลาในการผูกมัดเฉลี่ย 5 ชั่วโมง 33 นาที (ตารางที่ 13-15)

11. ในช่วงของการผูกมัดเพื่อการบำบัดไม่มีอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ร้อยละ 95.72 และ 99.22 ตามลำดับ (ตารางที่ 16)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1. คะแนนการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง 79.61 รองลงมาคะแนนระหว่าง ร้อยละ 71 ถึงร้อยละ 84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมปานกลางร้อยละ 10.68 และส่วนน้อยมีคะแนนร้อยละ 85 ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมสูงร้อยละ 9.71 ค่าเฉลี่ยของคะแนนดำเนินงานมีค่าเท่ากับ 16.50 (คะแนนเต็ม 26 คะแนน) หรือคิดเป็นร้อยละ 63.46

เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงาน พบว่า ชั้นประเมินปัญหา ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล ส่วนใหญ่ได้คะแนนร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ ถือว่ามีความเหมาะสมระดับต่ำ ส่วนในชั้นวางแผนการพยาบาล ส่วนใหญ่ได้คะแนนร้อยละ 71-ร้อยละ 84 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ถือว่ามีความเหมาะสมระดับปานกลาง

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งผลการวิจัยแตกต่างไปจากผลงานวิจัยของ บอร์นสไตน์ (Bornstein, 1985) ที่เลนทีโล และคณะ (Telintelo and others, 1964) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของสภาพหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง ของทั้ง 4 โรงพยาบาลที่ศึกษา หอผู้ป่วยชายจะมีส่วนของหอผู้ป่วยที่ปิด (closed section)



ภายใน เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ก็แยกผู้ป่วยไปพักนอนในห้องนี้ แต่หอผู้ป่วยหญิงไม่มีห้อง เช่นนี้ การจำกัดพฤติกรรมที่กำลังจะเป็นอันตรายจึงหลีกเลี่ยงการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดไม่ได้ ในเรื่องนี้ แมคเลย์ (MacLay 1962) ให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลจำเป็นต้องดูแล ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการกระทำของตนเอง และทำอันตรายบุคคลอื่น เจ้าหน้าที่จะต้องหาที่ปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นที่เฉพาะที่ได้รับความสุขสบาย ไม่รู้สึกสูญเสียอิสระภาพมาก ซึ่งเป็นส่วนของหอผู้ป่วยที่ปิด (closed section) ซึ่งจะทำให้สามารถลดการผูกมัดเพื่อการบำบัดลงได้ โซลอฟ และคณะ (Soloff, 1985) ได้ทบทวนวรรณคดี 13 เรื่อง เกี่ยวกับการใช้การผูกมัดในหลายทิศทาง เขากล่าวว่าการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยมีองค์ประกอบหลัก คือ สภาพหอผู้ป่วย และปรัชญาของหน่วยงานนั้น ๆ นั่นคือ สภาพหอผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการผูกมัดได้ เช่น มีส่วนที่เปิดในหอผู้ป่วยดังที่กล่าวข้างต้น และโรงพยาบาลหนึ่งที่ศึกษามีนโยบายไม่ใช้การผูกมัดโดยเฉพาะได้ทดลองใช้ก่อนที่แผนผู้ป่วยชาย จึงพบว่าช่วงเวลาการศึกษา 2 สัปดาห์มีผู้ป่วยชายได้รับการผูกมัดเพียง 3 คนเท่านั้น นอกจากนี้สภาพการเลี้ยงดูและวัฒนธรรมของผู้ป่วยไทย ยังต่างไปจากผู้ป่วยต่างประเทศ กล่าวคือหญิงไทยจะได้รับการเลี้ยงดูให้เป็นคนเก็บความรู้สึก ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่แข็งข้อ ไม่ให้เสียงผู้ใหญ่ ผิดถูกอย่างไรก็ให้สงบเอาไว้ ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ป่วยหญิงไทยเป็นคนที่เก็บกคความรู้สึกต่าง ๆ เอาไว้มาก เมื่อถึงจุดหนึ่งผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองไม่ได้จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา

2. ผลการวิจัยพบว่า ช่วงอายุของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้นเฉลี่ย  $31 \pm 14.43$  ปี ได้ข้อสรุปเช่นเดียวกับ บอร์นสไตน์ (Bornstein 1965) ทีเลนต์โลและคณะ (Telintelo and other, 1983) โรเปอร์และคณะ (Roper and Other, 1985) และสุวัทนา อาริพรรค (2524) กล่าวอีกว่า ผู้ที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 80 เป็นคนที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี สมภพ เรื่องตระกูล กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีสูงถึงร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล 2528: 66) พบบ่อยในช่วงอายุ 20-30 ปี และมักป่วยเรื้อรังต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงได้บ่อย เพราะผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และอารมณ์ ด้วยเหตุนี้จึงพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภทจึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มาก

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่า สถานภาพสมรสโสด ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อเขียนของ สมภพ เรื่องตระกูล ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยทั้งหมด



เริ่ม เป็นเมื่ออายุ 20-30 ปี และมักจะ เป็นต่อไปอย่าง เรื้อรัง ผู้ป่วย เริ่ม เป็นในช่วงอายุ ที่ส่วนใหญ่ยังเป็น โสศ เมื่อเป็นโรคทางจิตอย่างเรื้อรัง โอกาสการ แต่งงานน้อยลง จึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น โสศ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่การศึกษาต่ำ ไม่มี อาชีพ รายได้ต่ำ ทั้งนี้ การศึกษาต่ำ ไม่มีอาชีพ รายได้น้อย ล้วน เป็นสิ่ง เราแสวงหาทำให้ผู้ป่วย แสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ทั้งสิ้น การศึกษาต่ำมีผลให้บุคคลขาดโอกาสการ เรียนรู้และพัฒนาตนเอง ขาดการ ชัก เกลาทางสังคมไประดับหนึ่ง ผู้ป่วยจึงมักแสดงออกตามนิสัยส่วนตัวดั้งเดิม และสภาพ แวดล้อมของตน ส่วนรายได้ต่ำและไม่มีอาชีพนั้น ทาลเล และคิง (Talley and King, 1984) กล่าวว่า จะเป็นบุคคลที่คืนรนต่อสู้ เพื่อความอยู่รอดจึง เป็นคนที่ แข็งกระด้าง ก้าวร้าว

4. ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ศึกษา เสพจิต ร้อยละ 55.50 ส่วนที่ เหลือศึกษา เสพจิต ชนิดบุหรี สุรา กัญชา ยาม้าหรือยาขยัน พยาธิสภาพของคนที่ เป็นโรคจิต เนื่องจากยา เสพจิตนี้ อาจมี พฤติกรรม เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีสัญญาณมาก่อน (automatic behavior) โดยมี อาการก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้อื่น ตนเอง ผู้ป่วยหลงลืม หลั่งพลาซ่า กระวนกระวาย หลงผิด และประสาทหลอน (สมภพ เรื่องตระกูล 2528: 97) การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นโรคจิต เกทร้อยละ 59.09 ที่เหลือ เป็นโรคจิตจากสภาวะร่างกาย เช่น พิษจากยา พิษจาก เหล้า โรคจิตเนื่องจากชรา โรคจิตทางอารมณ์ชนิดแมนเนีย โรคจิต เนื่องจากสมองพิการ มากน้อยตาม ลำดับ ซึ่งได้ข้อค้นพบ เช่นเดียวกับที่ เล็นทีโลและคณะ (Telintelo and other 1983) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดสูงสุดร้อยละ 61 เป็นโรคจิต เกท ที่เหลือเป็นพวกโรคจิตทางอารมณ์ โรคจิต เนื่องจากสมองพิการ บุคลิกภาพแปรปรวน และอื่น ๆ อาการของโรคจิตเวชโดยเฉพาะ โรคจิต เกท ซึ่งพบร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล 2528: 66) นั้น ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิดอาจหลงผิด เช่นคิดว่า มีคนจะทำร้ายตน คนอื่นนินทาตน หรือ สำคัญตนผิดธรรมดาหรืออาจคิดว่าตน เป็นโรคมะเร็ง ประสาทหลอน เห็นภาพคนกำลังจะทำร้ายตน ผู้ป่วย อาจตอบสนองตามการรับรู้ที่ผิดพลาคนั้น ส่วนอารมณ์ที่ผิดปกติไปก็ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกที่รุนแรง (Explosive) ได้ ส่วนผู้ป่วยโรคจิต เนื่องจากสมองพิการ (organic Brain Syndrome) พฤติกรรมรุนแรงอาจจะเกิดขึ้นโดยไม่มีสัญญาณมาก่อน (Impulse) ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถบอก ผู้อื่นได้ว่าตนเองกำลังจะควบคุมตนเองไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เนื่องจากพิษจากยานั้น ผู้ป่วยมักจะพรั้งพรั่น กระวนกระวาย และมักแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่นเดียวกัน โรคทางจิต



เหล่านี้ล้วน เป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงจนต้องได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือทำอันตรายผู้อื่น

5. อาการสำคัญของผู้ป่วยขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ส่วนใหญ่คือ คุด่า อะอะ อาละวาด ซึ่งก็เป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้แสดงพฤติกรรมรุนแรงครั้งนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 53.41 ไม่เคยรับการฉึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช ส่วนที่เหลือร้อยละ 46.59 เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเฉลี่ย  $4.76 \pm 4.03$  ครั้ง ผู้ป่วยเหล่านี้ขณะรับการรักษาด้วยร้อยละ 50 เคยได้รับการผูกมัดเฉลี่ยคนละ  $1.82 \pm 1.2$  ครั้ง ต่อสัปดาห์ ซึ่ง บอร์นสไตน์ (Bornstein 1985) ก็ได้ข้อค้นพบจากการวิจัยเช่นเดียวกับนี้ บอร์นสไตน์ยังได้ข้อมูลอีกว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน

6. ลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่ใจเย็น ร้อยละ 46.59 รองลงมาคือ โมโท ง้าย เจ้าอารมณ์ ร้อยละ 41.48 ซึ่งโดยทั่วไปสิ่งเร้าแฝงที่เกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัยที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคือ นิสัยโมโทง้ายเจ้าอารมณ์ แต่ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนใจเย็น ทั้งนี้ อาจอธิบายได้โดยแนวคิดของ ทาลเล และคิง (Talley and King 1984) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อนิสัยตอนหนึ่งว่า สิ่งแวดล้อมใกล้เคียง เช่น เจ้าหน้าที่ ญาติ และสภาพความเป็นอยู่ที่บุคคลประสบทุกวัน อาจทำให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจมีความคับข้องใจตลอดเวลา แต่บุคคลเรียนรู้ว่า การแสดงการตอบโต้จะไม่เป็นผลดีต่อตัวเอง จึงต้องเก็บเอาไว้ จึงดูเป็นคนสงบเยือกเย็น ไม่ใจร้อน ว่างาม นอกจากนี้สภาพการเลี้ยงดูบุตรของครอบครัว จะเห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวเกิดใน 2 ลักษณะคือ แสดงการตอบโต้อย่างรุนแรงเมื่อไม่พึงพอใจ อีกลักษณะหนึ่งคือ เป็นผู้ที่รองรับอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยไม่ปริปาก หรือแสดงกริยาใด ๆ จึงดูเหมือนเป็นคนใจเย็น สงบ และเมื่อพิจารณาถึงการเลี้ยงดูอีกแนวหนึ่ง เด็กที่ถูกทำโทษเป็นประจำ จะเป็นคนยอมแพ้ง่าย ๆ เก็บกด ไม่ต่อต้าน จากสภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดู 3 प्रकारดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยจะเป็นคนใจเย็นที่รู้สึกเก็บกดมีความคับข้องใจตลอดเวลา แต่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลได้รับความกดดันถึงจุดหนึ่งก็จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา

และถ้าพิจารณาถึงวัฒนธรรมและ ความเป็นอยู่ของคนไทย คนไทยสอนให้บุตรหลานเคารพนับถือให้เกียรติผู้ใหญ่และบุคคลอื่น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมสิ่งเหล่านี้ถือเป็นมารยาทที่ตึงงามของสังคมไทยอีกด้วย ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่ขัดเกล่าให้บุคคลที่นิสัยที่ใจเย็นได้ เป็นสิ่งที่น่าสังเกตควา ผู้ป่วยที่มีนิสัยใจเย็นร้อยละ 46.59 นั้น เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 26.21 สภาสตรีแห่งชาติ กล่าวถึงการอบรมเลี้ยงดูเด็กหญิงไทยตอนหนึ่งว่า เด็กหญิงจะไม่ได้รับการอบรมให้แข็งข้อ

เป็นอันตราย คือจะถูกอมรมมิให้เที่ยงผู้ใหญ่ ผิดๆทุกอย่าง ก็ให้สงบได้ดีกว่า จะเป็นปราณแก่ผู้พบเห็น แสดงว่าอยู่ในโอวาท (สครไทย สภาสครแห่งชาติ 2518: 26)

7. เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญก่อนได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่ระบุชัดเจนไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 48.27 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ บอร์นไคน์ (Bornstein 1985) ซึ่งพบถึงร้อยละ 58.7 อาการนำทางจิตเวช คือไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ร้อยละ 56.94 เมื่อพิจารณาถึงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย กลุ่มนี้พบว่า เป็นโรคจิตเภท โรคจากพิษเห็ด โรคจิตเภท จากยา โรคจิตทางอารมณ์ และโรคจิตเนื่องจากสมองพิการ และเมื่อพิจารณาถึงยาเสพติด ผู้ป่วยคิดสุรา กัญชา ทินเนอร์ และยาฆ่า เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งโรคทางจิตเวชเหล่านี้ทำให้บุคคลสูญเสียการรับรู้ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ผู้ป่วยจะแสดงอาการนำเช่น กระสับกระส่าย หุดคนเดียวนัยตาเกรียวกราด เหงื่อแตก กำมือแน่น เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้พยาบาลต้องอาศัยการสังเกตที่ใกล้ชิด รอบคอบ อย่างมีความรู้และทักษะแต่ปัจจุบันพบว่า จำนวนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยจิตเวชคือผู้ป่วยจิตเวชมีน้อย คือ 1:7.5 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยที่จะสามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสม มีอัตราส่วน 1:3.5 สาเหตุนี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยได้ละเอียดทุกคน จะทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยเผชิญอะไรและมีอาการนำอย่างไรได้ทุกครั้งไป และดังที่กล่าวแล้วว่า พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น บางครั้งไม่มีสัญญาณมาก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยพิษจากยา โรคจิตจากเห็ด และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากสมองพิการ ผู้ป่วยจึงอาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยที่ระบุไม่ได้ว่าผู้ป่วยเผชิญสิ่งใด แต่เป็นอาการทางจิตเวชของเขานั่นเอง

8. พฤติกรรมที่พบก่อนการใช้การผูกมัดสูงสุดร้อยละ 25 คือทำอันตรายผู้อื่น ซึ่งได้ข้อค้นพบเช่นเดียวกับ บอร์นไคน์ (Bornstein 1985) ซึ่งสามารถอธิบายในทำนองเดียวกัน คือ เป็นอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย และอีกประการหนึ่งที่น่าสนใจ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญก่อนการผูกมัด รองลงมาจากระบุชัดเจนไม่ได้คือ เจ้าหน้าที่ปฏิเสธความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นรบกวน เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวช เป็นผู้ที่มีการรับรู้และการควบคุมอารมณ์ไม่ดี เมื่อมีสิ่งกระตุ้น จึงอาจทำอันตรายผู้อื่นได้ ส่วนอาการทางจิตเวช เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาสั่งให้ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น หรือประสาทหลอน ผู้ป่วยอาจมองบุคคลอื่นเป็นสัตว์ร้ายหรือภูติผี เป็นต้น อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องตอบโต้ในสิ่งที่ตนรับรู้มาคุกคาม ด้วยการทำอันตรายสิ่งนั้น ขณะได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยส่งเสียง เอะอะ วยวาย คำทอ ร้อยละ 31.39 ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่ไม่เคยชินกับการได้รับการผูกมัด กับทั้งยังรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Low self-esteem) ขาดอิสระภาพ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยมีความโกรธเคือง มีความคับข้องใจจึงแสดงออกโดยการ

อะอะไววาย ค่าทอ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยอีกร้อยละ 28.16 สงบไม่ต่อต้านใด ๆ ทั้งนี้ เพื่อพิจารณาการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะถูกมัด ส่วนมากคือ ให้อา PRN ตามแผนการรักษา ซึ่งยาช่วยให้ผู้ป่วยสงบพักก่อนได้ การรับรู้ต่าง ๆ รวมทั้งอาการทางจิต เวชอื่น ๆ คีขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการปลดปล่อยจากการถูกมัด เมื่อไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นร้อยละ 47.90

9. การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับก่อนใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนใหญ่ คือ พุดคุยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ ร้อยละ 36.23 รองลงมาคือให้อา PRN ตามแผนการรักษา ร้อยละ 33.91 แยกผู้ป่วยอยู่ในที่สงบ ซึ่งได้ข้อค้นพบที่สอดคล้องกับ บอร์นสไตน์ (Bornstein 1985) ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เหมาะสมนั้น โลอน และคณะ (Lion and Other 1972: 9-10) กล่าวว่า การต้องเริ่มจากการใช้คำพูดซึ่งการใช้คำพูดมี 3 ระดับ เมื่อใช้คำพูดไม่ได้ผลอีกแล้วจึงให้อา PRN ตามแผนการรักษา หลังจากนั้นจัดสิ่งแวดล้อมไม่รบกวนผู้ป่วย และเมื่อทุกวิธีการพยาบาลไม่ได้ผลอีกแล้วจึงเลือกใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด ส่วนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะถูกมัดเพื่อการบำบัดสูงสุด คือให้อา PRN ตามแผนการรักษา ร้อยละ 42.66 รองลงมาคือ ปล่อยให้ผู้ป่วยพักก่อนโดยสงบ ร้อยละ 34.21 ใช้การพุดคุยเมื่อได้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจเพียงร้อยละ 12.19 น้อยที่สุด คือการดูแลความสบายของผู้ป่วย ร้อยละ 10.84 จะเห็นได้ว่าการพยาบาลของผู้ป่วยได้รับการผูกมัด พยาบาลมุ่งที่จะขจัดพฤติกรรมรุนแรงโดยการให้อา PRN ส่วนการมองที่สาเหตุของพฤติกรรมนั้นพยาบาลได้ปฏิบัติน้อย คือพยาบาลได้ใช้คำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบาย เพียงร้อยละ 12.19 เท่านั้นเอง และการดูแลความสบายของผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทอิสระ ของพยาบาลพยาบาลได้ปฏิบัติในระดับที่ต่ำมากเพียงร้อยละ 10.84 เท่านั้น จากข้อมูลเช่นนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าพยาบาลมุ่งปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อแผนการรักษาของแพทย์ มากกว่าที่จะเป็นการปฏิบัติงานในบทบาทอิสระของคน

10. ชนิดของการผูกมัดส่วนใหญ่ มัดมือและเท้าทั้งคู่ติดกับเตียงร้อยละ 62.5 เกิดขึ้นในผู้ป่วยหญิงร้อยละ 46.31 ผู้ป่วยชาย 15.96 รองลงมาคือมัดมือทั้งสองข้างติดกับเตียง ร้อยละ 13.67 บอร์นสไตน์ (Bornstein, 1985) ก็ได้ข้อค้นพบว่าร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด มัดมือและเท้าทั้งคู่ติดกับเตียง ซึ่งได้ข้อสรุป ต่างจากโรเปอ (Roper and Other 1985) ซึ่งศึกษาการใช้การผูกมัดในหน่วยจิตเวช พบว่าร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด เท่นั้นที่ใช้การผูกมัดมือและเท้าทั้งคู่ติดกับเตียง อีกร้อยละ 28 มัดมือ



ทั้งสองข้าง ทั้งนี้การจะเลือกใช้การผูกมัดชนิดใดนั้นต้องคำนึงถึงสภาพความแข็งแรงของร่างกายผู้ป่วย ความรุนแรงของพฤติกรรม (มสธ.2528: 1181) และยังคงต้องดูอัตราค่าสิ่งของเจ้าหน้าที่ที่มีปฏิบัติงานในขณะนั้นด้วย ส่วนการปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัดนั้นจะปลดปล่อยเมื่อผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยส่วนใหญ่จะปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นอิสระทุกส่วน เมื่อสงบลงแล้ว ร้อยละ 51.95 รองลงมาคือปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นอิสระ เมื่ออาการสงบลงบ้างแล้ว แต่ยังคงจำกัดบริเวณร้อยละ 35.55 ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมรุนแรง และป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองและผู้อื่นในระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ดี

11 . การผูกมัดเพื่อการนำมัด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวรเช้า ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือเวรบ่าย ร้อยละ 31.1 น้อยที่สุดคือเวรดึก ร้อยละ 22.22 ทั้งนี้เวรเช้าเป็นช่วงเวลาที่มีสิ่งกระตุ้นสูง เช่น แพทย์ตรวจเยี่ยม ญาติเยี่ยม เป็นเวลา que ผู้ป่วยทุกคนมีกิจกรรม ซึ่งสิ่งกระตุ้นมากจะทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ง่าย จากตารางที่ 4 พบว่า เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญก่อนการผูกมัดเพื่อการนำมัด ส่วนหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่ปฏิเสธความต้องการ มีญาติมาเยี่ยม ผู้ป่วยอื่นรบกวน ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นในเวรเช้าทั้งสิ้น ในเวรบ่ายถึงเวรดึกนั้น เป็น เป็นช่วงที่ผู้ป่วยสิ่งแวดล้อมกว่าเวรเช้า จึงพบว่าการผูกมัดเกิดขึ้นน้อยกว่าเวรเช้า

ผลการวิจัยพบว่า ในเวรเช้านั้นช่วงเวลาที่มีการผูกมัดเกิดขึ้นนั้น ร้อยละ 30.4 เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มบำบัดต่าง ๆ เวรบ่ายและเวรดึกก็ไม่มีกลุ่มบำบัดใด ๆ ในเรื่องนี้ Cubbin (1970) กล่าวว่ากลุ่มบำบัดสามารถลดการผูกมัดเพื่อการนำมัดลงได้ เพราะการร่วมกลุ่มนั้นทำให้ผู้ป่วยสงบลงรู้จักตัวเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น กับทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถระบายความคับข้องใจที่สิ่งค้างอยู่ และเป็นที่น่าสังเกตว่าการผูกมัดเกิดขึ้นในช่วงต่อระหว่างเวรทั้งนี้ในช่วงต่อระหว่างเวร เป็นช่วงที่พยาบาลเตรียมตัวสำหรับการทำงานทุกอย่างให้เรียบร้อย ทั้งทางด้าน การพยาบาล การบันทึก และรวมทั้งการตรวจ เช็ค เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ อาจเป็นผลให้ เป็นช่วงเวลาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงแล้วพยาบาลไม่มีเวลาหรือไม่ได้ใช้การพยาบาลช่วยเหลือด้วยวิธีอื่น ๆ ก่อนการใช้การผูกมัดเพื่อการนำมัดก็ได้

เป็นที่น่าสนใจกว่า จำนวนครั้งของการผูกมัดในช่วงต่อระหว่างเวรสูงมาก แต่ในช่วงโมงต่อมาจำนวนครั้งของการผูกมัดลดลงมาก โดยเฉพาะในเวรบ่าย เมื่อพิจารณาถึงการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผูกมัด คือให้ยา PRN ตามแผนการรักษาสูงถึงร้อยละ 33.91 เมื่อผู้ป่วยได้รับยาทำให้อาการสงบลงจึงพบว่า การผูกมัดในช่วงโมงต่อมาลดลงมาก

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผูกมัด 5 ชั่วโมง 33 นาที ผู้ป่วยชายใช้ระยะเวลาในการผูกมัดเฉลี่ย 6 ชั่วโมง 9 นาที ผู้ป่วยหญิง 5 ชั่วโมง 15 นาที แต่ไม่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดเฉลี่ยในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี สูงสุด 7 ชั่วโมง 29 นาที รองลงมาคือช่วงอายุ 10-20 ปี เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 40 นาที ช่วงอายุ 21-40 ปี เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 20 นาที อายุ 41-60 ปี น้อยที่สุด เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 16 นาที และไม่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการผูกมัดไม่แตกต่างกันตามเพศ และวัยของผู้ป่วย แต่จะใช้ระยะเวลาในการผูกมัด เท่าไคร้ขึ้นกับความแข็งแรงของร่างกายและความรุนแรงของพฤติกรรม (มสธ.2528: 1181) นั่นคือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่นัก ผู้ป่วยจึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าและนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุ 10-21 ปี ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยในการผูกมัดรองลงมา เนื่องจากวัยที่มีร่างกายแข็งแรงมีพลังกำลังมากกว่าวัยอื่น พฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกจะรุนแรงกว่า จึงต้องใช้ระยะเวลาในการผูกมัดนานจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

12. คะแนนการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการใช้การผูกมัด เพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่มีความเหมาะสมค่าร้อยละ 79.61 และเมื่อพิจารณาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลก็อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ทั้งนี้เป็นเพราะการจัดการทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิต เวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นจิต เวชฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการตัดสินใจ เร่งด่วนทันทีทันใด และเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทำอันตรายผู้อื่นก่อนได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติย่อมเกิดความกังวล ความกลัวที่จะได้รับอันตรายจากผู้ป่วย และกลัวผู้ป่วยจะทำอันตรายบุคคลอื่น การตัดสินใจผูกมัดจึงสืบปฏิบัติก่อนที่จะมีการประเมินปัญหา (assessment) ที่ชัดเจน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522) กล่าวว่า การประเมินปัญหา เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั้งหมด แล้วจึงให้ข้อสังเกตต่อสถานการณ์นั้น ขั้นนี้เป็นพื้นฐานของขั้นอื่น ๆ ถ้าการรวบรวมข้อมูลไม่แม่นยำหรืออ่อนไปแล้ว ขั้นที่ต่อตามมาจะไม่เที่ยงตรง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522: 51) ในการประเมินระดับที่หนึ่งนั้น พยาบาลต้องมุ่งรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกขณะนั้น ส่วนการประเมินระดับที่สอง เป็นการประเมินสิ่งเร้า เช่น ผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์ใดก่อนการผูกมัดเพื่อการบำบัด พบว่า ระบุไม่ได้ สูงสุดร้อยละ 48.24 ถ้าพยาบาลเป็นคนข้างสังเกตมีความรู้มากพอ และอาศัยประสบการณ์ร่วมด้วยจะสามารถระบุได้ว่าอะไรคือสิ่งที่

ผู้ป่วยเผชิญก่อนการผูกมัด รวมทั้งสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่ทำให้แสดงพฤติกรรมรุนแรงครั้งนี้ ก็สามารถทราบได้ ถ้าพยาบาลสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ จะทำให้ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ และการประเมินผล ถูกต้อง เหมาะสม ตามหลักของการพยาบาลและสถานการณ์ และเมื่อพิจารณาการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนการผูกมัดเพื่อการบำบัด (ตารางที่ 8) การพยาบาลก่อนการผูกมัดสูงสุดคือ พุดคุยให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจร้อยละ 36.23 รองลงมา ให้อาา PRN ตามแผนการรักษา ร้อยละ 33.91 ส่วนการพยาบาลขณะผูกมัดนั้น ให้อาา PRN ตามแผนการรักษาสูงสุดร้อยละ 42.66 รองลงมาคือให้ผู้ป่วยพักผ่อนโดยสงบร้อยละ 34.21 พุดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยลดความคับข้องใจ ร้อยละ 12.19 และน้อยที่สุดคือ ดูแลความสบายของผู้ป่วย แค่ร้อยละ 10.84 เท่านั้น จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผูกมัดขณะผูกมัด มีอัตราการใช้ ยา PRN แผนการรักษาสูง พยาบาลมุ่งจัดพฤติกรรมรุนแรงโดยเร็วที่สุด เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ส่วนการมองถึงสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงซึ่งได้จากการพุดคุยให้ผู้ป่วยได้ระบาย ความคับข้องใจ สังเกต พยาบาลได้ปฏิบัติน้อย และเป็นที่น่าสังเกตอีกประเด็นหนึ่งคือ การดูแล ความสบายของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ป้อนอาหาร การพุดคุย เป็นบทบาทอิสระ โดยตรงของ พยาบาล แต่พยาบาลได้ปฏิบัติในระดับที่น้อยมาก พยาบาลมุ่งปฏิบัติตามแผนการรักษาทางยา มากกว่า ผู้บริหารการพยาบาลควรที่จะจัดอบรม เพิ่มความรู้ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมรุนแรงให้แก่พยาบาลวิชาชีพ

ถ้าพิจารณาจำนวนบุคลากรที่เฝ้าการดูแลผู้ป่วยจิต เวช ในเวร เข้ามามีพยาบาลวิชาชีพ 1-3 คน ต่อผู้ป่วย 30-40 คน นอกนั้นเป็นพยาบาลเทคนิค และพนักงานพยาบาล ส่วนในเวรบ่ายดึก จะมีพยาบาลวิชาชีพเพียงคนเดียว หรือไม่มีเลย สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้ป่วยใน แต่ละโรงพยาบาลค่ามากคือ 1:7.5 อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถดำเนินการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพสูงสุด เพราะการค่า เนิ่งงานกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงต้องตัดสินใจอย่าง เร่งด่วน การรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดอาจทำได้ยาก ซึ่งส่งผล ให้การประเมินความรุนแรงของ ปัญหาเกินความจริง หรือผิดพลาดได้ การดำเนินงานก็ผิดพลาดไปด้วย



13. ในช่วงของการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัตส่วนใหญ่ไม่มีอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ส่วนอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ ศรีษะบวม ข้อมือชา ซึ่งเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัต ผู้ป่วยดิ้นรนต่อต้าน จึงเกิดอันตรายขึ้น เมื่อพิจารณาชนิดของการผูกมัดพบว่าส่วนใหญ่มัดมือและเท้าทั้งสองข้างติดกับเตียง ซึ่งการดิ้นรนทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายได้ ประกอบกับการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะผูกมัดเพียงร้อยละ เท่านั้น ที่ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยขณะผูกมัด ส่วนอันตรายที่เกิดกับเจ้าหน้าที่คือศรีษะแตกเนื่องจากผู้ป่วยใช้กำลังหลักเจ้าหน้าที่กระแทนขอบประตู ทั้งนี้อันตรายครั้งนี้เกิดขึ้นเมื่อใช้กำลังเจ้าหน้าที่เพียง 3 คน ในการผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งโดยปกติ เมื่อต้องใช้การผูกมัดต้องใช้กำลังเจ้าหน้าที่ 4-7 คน จึงจะสามารถป้องกันอันตรายต่าง ๆ ได้

## ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารการพยาบาล

1.1 จัดอบรม เพื่อเพิ่มความรู้ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

1.2 จัดให้มีห้องปิดในหอผู้ป่วย (closed section) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้พักก่อนโดยสงบ

### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล

จากข้อค้นพบ เกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล เหล่านี้มา เป็นประโยชน์สำหรับ เฝ้าระวังการ เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ทำให้พยาบาลประเมินปัญหาผู้ป่วยได้รวดเร็วถูกต้อง เพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ ก่อนที่จะเลือกใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด

### 3. ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล

3.1 ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับหัวข้อ พฤติกรรมรุนแรงและหัวข้อการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด นอกจากเนื้อหาทางวิชาการแล้ว ควรจะได้สอนวิธีการป้องกันตนเองจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง วิธีจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และให้ลงมือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองด้วย ทั้งนี้ เมื่อไปปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย จะได้มีทักษะเพียงพอ รวมทั้ง เกิดความมั่นใจ ความวิตกกังวล และความหวาดกลัวด้วย จะทำให้สามารถจัดการทางการพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสมตามสถานการณ์

### 4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

4.1 ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวช เกี่ยวกับการผูกมัดเพื่อการบำบัด

4.2 ศึกษาการรับรู้ของญาติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการผูกมัดเพื่อการบำบัด

4.3 วิเคราะห์ตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจจะทำนายพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ตัวแปรเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ลักษณะนิสัย ประวัติการเลี้ยงดู ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช เป็นต้น

4.4 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการผูกมัดเพื่อการบำบัด