بررسی وضعیت مهار فیزیکی و دارویی در بخش‌های حاد روان‌پزشکی بیمارستان فارابی اصفهان

سید محمد مهدی کهنگی[1]، صفا مقصودلو[2]، آرش قدوسی[3]

مقاله کوتاه

چکیده

زمینه و هدف: خشونت و آژیتاسیون بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی و شرایط مهار فیزیکی و دارویی بیمار باید مد نظر قرار گیرد. با وجود این که برخی افراد مهار کردن بیماران را برای کنترل خشونت لازم می‌دانند، اما بسیاری معتقد هستند که مهار بیماران روانی نوعی تجاوز به حقوق انسان می‌باشد و در واقع، از عوارض جسمی و روانی آن بیم دارند. بنابراین، با توجه به این که میزان موارد مهار کردن بیماران در واحدهای روان‌پزشکی به عنوان یک شاخص بهداشتی محسوب می‌شود و همچنین، با در نظر گرفتن آثار منفی این مداخلات، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت مهار فیزیکی و دارویی در بخش‌های حاد روان‌پزشکی بیمارستان فارابی اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از یک فرم جمع‌آوری اطلاعات محقق ساخته شامل خصوصیات دموگرافیک و تشخیص روان‌پزشکی بیمار و نیز اطلاعاتی در مورد فرایند مهار بیمار استفاده گردید. برای هر یک از موارد مهار در طی انجام مطالعه یک فرم تکمیل شد و سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: درطول دوره پژوهش (۱ ماه)، ۱۴۴ بیمار تحت انواع مهار قرار گرفتند و ۳۹۹ بار مهار فیزیکی یا دارویی بیمار به صورت مجزا یا هم‌زمان انجام شد. بیشتر موارد مهار فیزیکی در اتاق عمومی بیماران، به روش دو اندام، توسط دو نفر از کارکنان و به مدت ۱ تا ۸ ساعت صورت گرفت. متداول‌ترین علت مهار فیزیکی و مهار دارویی به ترتیب خشونت کلامی و بی‌خوابی بود. طی انجام مطالعه، هیچ عارضه دارویی مشاهده نشد و درد به عنوان بیشترین عارضه در مهار فیزیکی گزارش گردید. متداول‌ترین داروی مورد استفاده به منظور مهار دارویی، هالوپریدول بود.

نتیجه‌گیری: دانستن نحوه مهارهای فعلی باعث می‌شود تا با تغییر فرهنگ و دور شدن از روش‌های مهار طاقت‌فرسا و تحمل‌ناپذیر، راه برای اجرای مهارهای فیزیکی و دارویی مدرن که منجر به عدم محرومیت بیماران و افزایش انگیزه آنان در باقی ماندن در درمان می‌شود، هموار گردد.

واژه‌های کلیدی: خشونت، آژیتاسیون، دارویی، مهار فیزیکی

ارجاع: کهنگی سید محمد مهدی، مقصودلو صفا، قدوسی آرش. **بررسی وضعیت مهار فیزیکی و دارویی در بخش‌های حاد روان‌پزشکی بیمارستان فارابی اصفهان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۳۷۷-۳۷۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۳۱

مقدمه

میزان انواع خشونت در بیماران دچار اختلالات روانی بالاست (۱). از طرف دیگر، آژیتاسیون و بی‌قراری بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی امر متداولی به شمار می‌رود (۲). آژیتاسیون عبارت است از یک فعالیت کلامی یا حرکتی افراطی که ممکن است منجر به کج‌خلقی، عدم همکاری نسبت به درمان و حتی حمله فیزیکی بیمار شود (۳).

در بین بیماران روان‌پزشکی، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت و افسردگی توأم با علایم سایکوتیک، بسیار مستعد رفتارهای خشونت‌آمیز هستند. به عنوان مثال، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به دلیل وجود توهم‌های شنوایی یا داشتن هذیان‌های گزند و آسیب، ممکن است به دیگران آسیب برسانند (۴). در این شرایط، باید مداخلات رفتاری همچون تنش‌زدایی کلامی و ایزوله کردن بیمار مد نظر قرار گیرد و زمانی که این اقدامات مؤثر واقع نشود، دارو درمانی لازم الاجرا می‌باشد (۳). مهار فیزیکی نیز در جلوگیری از آسیب و کاهش بی‌قراری بیمار تأثیر دارد و غیر ممکن است که بدون استفاده از آن بتوان بیماران به شدت بی‌قرار را کنترل کرد (۵).

با وجود این که برخی افراد مهار کردن بیماران را برای کنترل خشونت لازم می‌دانند و در واقع، آن را یک راهکار درمانی به حساب می‌آورند، بسیاری معتقد هستند که مهار بیماران روانی نوعی تجاوز به حقوق انسان است و از عوارض جسمی و روانی آن بیم دارند (۱).

Zussman، مهار کردن نادرست و ناقص را به عنوان علل آسیب جسمی و حتی مرگ در اثر استفاده از مهار فیزیکی ذکر کرد. صدمات جسمی بیمار که او عنوان کرد، شامل از دست دادن آب بدن، خفگی، مشکلات پوستی و گردش خون، کاهش توان حرکت و آسیب توسط دیگر بیماران می‌باشد (۶).

تحقیقات محدودی نیز صدمات کارکنان حین تلاش برای مهار کردن

۱- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- روان‌پزشک، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: صفا مقصودلو
Email: maghsoudloo@mail.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]

بیماران را بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهشی که در سرویس‌های اورژانس انجام شد، نشان داد که میزان موارد خشونت علیه کارکنان، ۴/۵ درصد بوده است، اما زمانی که مهار فیزیکی در واحدهای پیش‌بیمارستانی به کار گرفته شد، حمله به کارکنان اورژانس به ۲۸ درصد افزایش یافت (۷). بنابراین، حتی اگر مهار و حبس کردن بیمار بتواند میزان آسیب مستقیم به کارکنان را کاهش دهد، جدال فیزیکی آنان با بیمار حین مهار کردن، باعث صدمه به هر دوی آن‌ها خواهد شد. در چنین شرایطی اگر برای کنترل بیمار راه‌های مؤثری بدون استفاده از مداخلات آسیب‌زا در دسترس باشد، این صدمات به طور مؤثری قابل اجتناب است (۸).

براساس آنچه گفته شد، واضح است که مهار فیزیکی در عمل زیان‌آور می‌باشد و دارای اثرات منفی جسمی و روحی هم بر روی بیمار و هم کارکنان می‌باشد (۵).

در حالی که استفاده از روش‌های غیر دارویی به منظور کنترل بیمار بی‌قرار در هر جایی که ممکن باشد باید به کار گرفته شود، اما این راهکار در بسیاری از بیماران بخش‌های حاد، مؤثر نیست. در چنین مواردی باید از دارو درمانی استفاده کرد که خود با چالش‌هایی همچون تسکین بیش از حد، نیاز به تجویز داخل عروقی، خطر بالقوه تداخل دارویی، شروع اثر کند و عوارض دارویی مواجه است (۳).

با وجود اهمیت موضوع مهار کردن بیماران در بخش‌های روان‌پزشکی، در ایران کمتر تحقیقی به این موضوع پرداخته است تا حدی که در جستجوی مقالات داخلی، مطالعه‌ای که به بررسی مهار فیزیکی و دارویی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی ایران پرداخته باشد، یافت نشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت مهار فیزیکی و دارویی در بخش‌های حاد روان‌پزشکی بیمارستان فارابی اصفهان انجام شد تا ضمن کسب اطلاعاتی در این زمینه، بتوان در گام‌های بعد با استفاده از نتایج حاصل از آن، در جهت کاهش دادن انجام مداخلات و نیز استفاده از جایگزین بهتر برای آن برنامه‌ریزی نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات فردی جمع‌آوری شد که یک فرم محقق ساخته شامل خصوصیات دموگرافیک بیمار و اطلاعاتی در مورد چگونگی فرایند مهار بیمار می‌باشد. جامعه آماری را کلیه بیماران پذیرش شده در بخش‌های حاد روان‌پزشکی بیمارستان فارابی اصفهان در خرداد سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گردید. نمونه در دسترس گروهی از اعضای یک جامعه هستند که انتخاب آن‌ها فقط به دلیل سهولت در نمونه‌گیری می‌باشد.

بیمارستان فارابی اصفهان از سه بخش روان‌پزشکی حاد شامل دو بخش مردان و یک بخش زنان تشکیل شده است. پژوهش در دوره ۱ ماهه (خرداد ماه) انجام گرفت. محقق در پایان هر شیفت کاری به بخش‌های مذکور مراجعه کرد و تمام موارد مهار فیزیکی، دارویی و فیزیکی و دارویی هم‌زمان انجام شده در این سه بخش را استخراج نمود. در خصوص هر یک از موارد مهار انجام شده، یک فرم مخصوص جمع‌آوری اطلاعات تکمیل گردید؛ یعنی اگر یک بیمار در دوره بستری چندین بار تحت مهار فیزیکی یا دارویی قرار گرفته بود، در هر مورد یک فرم تکمیل شد. کلیه موارد مربوط به فرم، از خود بیمار، پرونده او و نیز کارکنان حاضر در شیفت شامل پرستار، روان‌شناس و بادیگارد به دست آمد. آمار روزانه بیماران پذیرش شده در بخش‌های مورد مطالعه نیز به طور دقیق ثبت شد تا بتوان جهت تحلیل آماری از آن استفاده نمود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در طول دوره پژوهش، ۳۷۴ بیمار شامل ۲۷۸ مرد و ۹۶ زن در بخش‌های حاد روان‌پزشکی بیمارستان فارابی اصفهان بستری بودند که از این تعداد، ۱۴۴ بیمار حداقل یک بار یکی از انواع مهار دارویی، مهار فیزیکی یا مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان را تجربه نمودند. ۵۸ بیمار تحت مهار فیزیکی، ۱۱۳ بیمار تحت مهار دارویی و ۵۰ بیمار تحت مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ممکن است هر بیمار، یک نوع، دو نوع و یا هر سه نوع مهار را تجربه کرده باشد.

خصوصیات دموگرافیک و نوع تشخیص بیماران تحت مهار مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس یافته‌ها، مشخص شد که درصد بالاتری از بیماران مرد بستری، تحت مهار فیزیکی و همچنین، مهار دارویی قرار گرفته بودند، اما در مورد مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان، این نسبت در زنان بیشتر بود.

در صورتی که روش مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان به عنوان روش جداگانه‌ای در نظر گرفته نشود و در واقع بیماری که این نوع مهار را تجربه می‌کند، یک بار جزء گروه بیماران تحت مهار فیزیکی و یک بار جزء گروه بیماران تحت مهار دارویی محسوب گردد، تعداد بیماران تحت مهار فیزیکی و مهار دارویی به دست می‌آید. بر این اساس، مشخص شد که ۸۶ بیمار (۲۲/۹ درصد) مهار فیزیکی و ۱۳۰ بیمار (۳۴/۷ درصد) مهار دارویی را تجربه کرده بودند. همچنین، بیش از نیمی از بیماران در هر یک از روش‌های مهار، تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند.

کمترین و بیشترین سن بیمار تحت مهار به ترتیب ۱۹ و ۶۹ سال و میانگین سنی بیماران نیز ۳۵/۷ سال بود. در هر کدام از انواع مهار، بیشتر بیماران در محدوده سنی ۲۸ تا ۳۷ سال قرار داشتند. همچنین، بیش از نیمی از بیماران مربوط به هر کدام از انواع مهار، بیکار بودند.

از نظر تشخیص روان‌پزشکی، ۶ تشخیص برای بیماران تحت مهار در نظر گرفته شد که شامل «اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، سوء مصرف مواد، افسردگی و سایر موارد» بود. در هر گروه از بیماران تحت مهار، به ترتیب تشخیص‌های سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد.

از نظر سابقه بستری روان‌پزشکی قبلی، بیش از نیمی از بیماران حداقل یک بار سابقه بستری روان‌پزشکی داشتند. در بررسی تعداد بستری قبلی بیماران تحت هر یک از روش‌های مهار که از صفر تا ۱۱ بار متغیر بود، مشخص گردید که اغلب بیماران مربوط به هر کدام از روش‌های مهار، سابقه بستری قبلی صفر تا ۳ بار داشته‌اند و بیشتر آن‌ها تحت مهار به صورت اجباری بستری شده بودند.

تعداد دفعات مهار بیماران از ۱ تا ۷ بار متغیر بود. بیش از نیمی از بیماران در هر یک از روش‌های مهار، یک بار مهار شده بودند. نکته دیگر این که تعداد دفعات مهار بیشتر از ۳ بار در مهار فیزیکی و مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان شایع نبود. همچنین، تعداد دفعات مهار بیشتر از ۶ بار در این دو گروه وجود نداشت.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]

هدف دیگر تحقیق حاضر، تعیین فراوانی مهار فیزیکی، مهار دارویی و مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان بود. در طول دوره پژوهش، ۳۹۹ مورد مهار بیمار شامل ۹۴ مورد مهار فیزیکی، ۲۲۳ مورد مهار دارویی و ۸۲ مورد مهار فیزیکی و دارویی هم زمان انجام شد. تعداد کل مهار فیزیکی انجام شده شامل مهار فیزیکی به صورت واحد یا مهار فیزیکی هم‌زمان با مهار دارویی، ۱۷۶ مورد بود.

فراوانی هر سه نوع مهار بر حسب شیفت‌های کاری نیز مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که هر یک از سه نوع فرایند مهار در شیفت شب نسبت به شیفت‌های صبح و عصر بیشتر اتفاق افتاده بود که این امر به خصوص در مورد مهار دارویی بسیار چشمگیر می‌باشد؛ چرا که ۸۱/۲ درصد از موارد مهار دارویی در شیفت شب اتفاق افتاده بود. علاوه بر این، بدون در نظر گرفتن نوع مهار، بیشترین تعداد مهار نیز در شیفت شب صورت گرفت. فراوانی هر یک از انواع مهار، در شیفت‌های صبح و عصر بسیار به هم نزدیک بود.

طول مدت مهار فیزیکی از ۱۵ دقیقه تا ۲۴ ساعت متغیر بود. همچنین، مشخص گردید که طول مدت اغلب موارد مهار، ۱ تا ۸ ساعت می‌باشد. میانگین طول مدت کل موارد مهار فیزیکی طی انجام مطالعه، ۴/۵ ساعت محاسبه شد.

مکان انجام مهار فیزیکی بیماران به دو صورت اتاق ایزوله و یا اتاق عمومی بود که از ۱۷۶ مورد مهار فیزیکی انجام شده، ۸۰ مورد در اتاق ایزوله و ۹۶ مورد در اتاق عمومی بیماران انجام گرفت.

از نظر موقعیت بیمار در حین مهار و نحوه بستن اندام‌ها نیز بررسی انجام شد و مشخص گردید که کل موارد مهار فیزیکی در موقعیت خوابیده به پشت صورت گرفت. نحوه بستن اندام‌ها به یکی از روش‌های یک اندام، دو اندام، سه اندام و یا چهار اندام بود که در ۷۱/۵ درصد موارد از روش دو اندام استفاده شد.

یکی دیگر از مسایل مورد بررسی در پژوهش حاضر، علت فرایند مهار بود. در مهار فیزیکی و مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان، خشونت کلامی به عنوان متداول‌ترین علت برای مهار بیمار در نظر گرفته شد. علت عمده فرایند مهار دارویی نیز بی‌خوابی ذکر شد که اختلاف فراوانی چشمگیری نسبت به دیگر علل داشت؛ به طوری که بی‌خوابی بیمار در ۱۲۲ مورد از ۲۲۳ مورد مهار دارویی انجام شده، دخیل بود. عمده‌ترین علت بعد از بی‌خوابی، خشونت کلامی گزارش گردید. در کل، ۱۰۳ مورد از ۳۹۹ مورد مهار انجام شده به دلیل خشونت کلامی اتفاق افتاده بود.

ایجاد عوارض نیز در هر مورد مهار بیمار مورد بررسی قرار گرفت. در هیچ یک از موارد مهار دارویی عارضه خاصی مشاهده نشد. در موارد مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان نیز عوارض به دلیل مهار فیزیکی ایجاد گردید. در بین عوارض به وجود آمده از مهار، درد در ۱۵۵ مورد وجود داشت که بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و بعد از آن تشنگی با ۹۸ مورد، خستگی با ۸۵ مورد و نیاز به دستشویی با ۷۰ مورد بیشترین فراوانی را در میان عوارض داشت.

به منظور مهار دارویی بیماران از داروهای پرومتازین، لارگاکتیل، میدازولام، هالوپریدول یا ترکیبات دارویی میدازولام و لارگاکتیل، هالوپریدول و میدازولام، هالوپریدول و پرومتازین و هالوپریدول و بیپریدین استفاده شد. لازم به ذکر است که روش مورد استفاده برای تجویز دارو به منظور مهار دارویی، تزریق عضلانی بود. تعداد کل تزریق انجام شده طی دوره پژوهش، ۳۰۶ مورد محاسبه گردید. پرکاربردترین داروی مورد استفاده طی دوره، هالوپریدول بود که در ۲۱۶ مورد (۷۰/۹ درصد) مهار دارویی به صورت واحد یا ترکیب با داروی دیگر مورد استفاده قرار گرفت. ترکیب دارویی هالوپریول و بیپریدین با ۱۶۵ مورد، متداول‌ترین روش مهار دارویی و هالوپریدول و لارگاکتیل هر کدام به تنهایی با ۲ مورد، کم مصرف‌ترین روش مهار دارویی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، وضعیت مهار فیزیکی و مهار دارویی بیماران مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب نوع روش مهار، فراوانی و طول مدت آن در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد (۹) و همه این موارد تحت تأثیر فرهنگ و ارزش‌هایی قرار دارد که یک واحد روان‌پزشکی بر آن استوار است (۱۰). به عنوان مثال، در کشور هلند، تزریق اجباری دارو در مقایسه با ایزوله کردن و مهار فیزیکی بیمار، تهاجمی‌تر محسوب می‌گردد و به عنوان عملی که به شدت عزت نفس بیمار را خدشه‌دار می‌کند، در نظر گرفته می‌شود (۹)، اما نتایج تحقیق حاضر کمی تفاوت داشت؛ چرا که مهار دارویی حتی بیشتر از مهار فیزیکی مورد استفاده قرار گرفته بود. علاوه بر این، در بیمارستان مورد بررسی، ایزوله کردن در کنترل بی‌قراری و خشونت بیمار جایی نداشت؛ به طوری که در طول دوره پژوهش حتی یک مورد ایزوله کردن بیمار انجام نگرفت، اما شواهدی نشان می‌دهد که ایزوله کردن بیمار در صورتی که در زمان مناسب صورت گیرد، دارای اثرات درمانی می‌باشد (۱۱). بنابراین، جای بحث و بررسی است که چرا در بیمارستان مورد بررسی، به ایزوله کردن به منظور آرام‌سازی بیمار توجهی نشده است.

در تحقیق حاضر در مواردی مهار فیزیکی و مهار دارویی به صورت هم‌زمان به کار گرفته شد. چنین ترکیباتی از مداخلات محدود کننده بیمار مانند ترکیب مهار دارویی و مهار فیزیکی، به منظور مؤثرتر واقع شدن مداخلات در مقابل خشونت‌های بیمار در واحدهای روان‌پزشکی سراسر جهان به کار می‌رود (۱۲).

میزان موارد مهار فیزیکی بیماران پذیرش شده در دوره بستری، ۲۲/۹ درصد به دست آمد که با نتایج مطالعات قبلی قابل مقایسه است. میزان موارد مهار فیزیکی در پژوهش Gan و همکاران، ۳۱/۹ درصد گزارش شد. البته در مطالعه آن‌ها، گرفتن بیمار به منظور انجام Electroconvulsive therapy (ECT) نیز به عنوان مهار فیزیکی محسوب شد که ۲۳ درصد از کل موارد مهار فیزیکی را به خود اختصاص داد (۵)، اما در تحقیق حاضر موارد گرفتن بیمار جهت انجام ECT، جزء موارد مهار فیزیکی در نظر گرفته نشد. بنابراین، باید توجه داشت که میزان استفاده از مهار فیزیکی در مراکز روان‌پزشکی مختلف، متفاوت است.

میزان موارد مهار دارویی مطالعه حاضر، ۳۴/۷ درصد گزارش شد که از این نظر با نتایج تحقیق Bilanakis و همکاران قابل مقایسه می‌باشد. در بررسی آنان مهار دارویی در ۱۰/۵ درصد از کل بیماران پذیرش شده انجام گرفت (۱۲).

طول مدت مهار فیزیکی بیماران پژوهش حاضر، از ۱۵ دقیقه تا ۲۴ ساعت متغیر بود و میانگین آن ۴/۵ ساعت به دست آمد. میانگین طول مدت مهار فیزیکی در مطالعه Gan و همکاران، ۲/۲۲ ساعت (۵) و در تحقیق Zun، ۴/۸ ساعت (۱۳) محاسبه گردید. این تناقض را می‌توان با عللی همچون تفاوت فرهنگی کارکنان یا تفاوت‌های بالینی در بیماران که از جهات مختلف در مراکز روان‌پزشکی و بیماران بستری در این مراکز وجود دارد، تبیین نمود. باید توجه داشت که در اغلب موارد، مدت زمان استفاده از مهار فیزیکی بر اساس نشانه‌های آن نمی‌باشد، بلکه به صورت سلیقه‌ای و شخصی تعیین می‌شود. به عنوان مثال، مشخص شده است که اگر خشونت بیمار نسبت به کارکنان اتفاق

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]

بیفتد، مدت زمان مهار فیزیکی بیشتر از زمانی است که یک بیمار علیه بیمار دیگر دست به رفتار خشونت‌آمیز بزند. پس این سؤال مطرح می‌شود که آیا احساسات کارکنان در تعیین مدت زمان مهار فیزیکی بیمار دخیل است؟ (۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مهار فیزیکی و مهار دارویی در بیماران مرد نسبت به بیماران زن، بیشتر اتفاق می‌افتد؛ یعنی درصد بالاتری از بیماران مرد پذیرش شده نسبت به بیماران زن پذیرش شده، تحت مهار فیزیکی و نیز مهار دارویی قرار گرفتند. در پژوهشی نیز مشخص شد که میزان رفتارهای خشونت‌آمیز در دو جنس برابر است (۱۴)، اما به هر حال به نظر می‌رسد که خطر گرایش داشتن به خشونت به طور عمده در مردان بیشتر از زنان باشد (۹). نتایج مطالعه‌ای در این زمینه حاکی از آن بود که مهار شدن بیمار با جنسیت ارتباط دارد. همچنین، احتمال مهار شدن در بیماران مرد بیش از بیماران زن می‌باشد (۱۵). نتایج تحقیق Klinge در کودکان و نوجوانان نیز نشان داد که احتمال مهار شدن پسران از دختران بیشتر است (۱۶).

از نظر تشخیص روان‌پزشکی، در مطالعه حاضر مشخص شد که در هر کدام از روش‌های مهار بیمار، به ترتیب تشخیص‌های سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی بیشترین موارد مهار را داشتند. استفاده از فرایند مهار در بیماران دارای اختلال خلقی ممکن است تعجب‌آور باشد. شاید استفاده از مهار در این بیماران به دلیل بروز خشونت علیه دیگران نباشد (۹). مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد زیرگروه بزرگی از این بیماران شامل بیماران مانیک، در خطر مهار شدن قرار دارند (۱۷). در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در طول دوره مانیا، ممکن است رفتارهای خشونت‌آمیز رخ دهد که می‌تواند تحت تأثیر سایکوز و یا ساختار فکری و رفتاری در هم ریخته باشد (۹).

باید توجه داشت که نوع تشخیص بیماری، منعکس کننده شدت بیماری و به طور غیر مستقیم بیانگر احتمال بروز خشونت در بیمار است. نتایج چندین مطالعه نشان داده است که خطر خشونت در بیماران دارای اختلال شخصیت و اختلالات سایکوتیک بیشتر است؛ به ویژه زمانی که این بیماران سوء مصرف مواد داشته باشند (۱۵). نتایج تحقیقی نشان داد که بیماران دارای تشخیص سوء مصرف مواد یا اختلالات سایکوتیک به نسبت بیشتری در گروه بیماران مهار شده قرار می‌گیرند، اما این نسبت در بیماران با تشخیص غیر سایکوز کمتر است (۱۵).

از نظر وضعیت سنی، گروه سنی ۲۸ تا ۳۷ سال، بیشترین تعداد انواع مهار را به خود اختصاص دادند. در مطالعه Gan و همکاران (۵) نیز نتایج مشابهی به دست آمد. آن‌ها دریافتند که گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال دارای بیشترین مهار فیزیکی بودند (۵). همچنین، میانگین سنی بیماران تحت مهار در بررسی حاضر، ۳۵/۷ درصد به دست آمد که به میانگین سنی بیماران تحت مهار در پژوهش Zun (۳۶/۵ سال) (۱۳) نزدیک می‌باشد. در این راستا، یافته‌های مطالعه Knutzen و همکاران نشان داد که سن با مهار شدن ارتباط دارد و احتمال مهار شدن در افراد جوان بیشتر است (۱۵).

بررسی ویژگی وضعیت تأهل بیماران تحت مهار در پژوهش حاضر نتیجه خاصی را در برنداشت. بیشتر بیمارانی که تحت مهار فیزیکی قرار گرفتند، متأهل و اغلب بیمارانی که مهار دارویی شدند، مجرد بودند. در بیمارانی که تحت مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان قرار گرفته بودند، تعداد بیماران متأهل و مجرد برابر بود. در ضمن، تعداد کمی از بیماران تحت مهار، متارکه داشتند یا مطلقه بودند. بررسی وضعیت تأهل بیماران تحت مهار فیزیکی در مطالعه Gan و همکاران نشان داد که تنها یک پنجم بیماران تحت مهار فیزیکی، متأهل بودند (۵)، اما این یافته به این معنی که احتمال مهار شدن در بیماران مجرد، بیشتر است، نیست؛ چرا که بررسی‌ها نشان داده است که اغلب بیماران روانی، مجرد هستند یا این که ازدواج آن‌ها به جدایی می‌کشد (۵). در بررسی حاضر مشخص شد که بیشتر بیماران تحت مهار، بیکار بودند که از این نظر با یافته‌های پژوهش Gan و همکاران (۵) مشابه بود.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، اغلب بیماران تحت مهار، سابقه بستری روان‌پزشکی قبلی داشتند که در مطالعه Gan و همکاران (۵) نیز همین یافته به دست آمد. از طرف دیگر، در هر دو پژوهش مشخص شد که تعداد بستری قبلی از ۱ تا ۳ بار شایع بوده است. نتایج مطالعه Knutzen و همکاران نشان داد که مهار شدن بیمار با تعداد بستری قبلی بیمار، مرتبط است؛ به طوری که بیماران دارای ۲ بار سابقه بستری، در مقایسه با بیمارانی که سابقه ۱ بار بستری داشتند، سه برابر احتمال مهار شدن افزایش یافت و در مورد بیمارانی که سه بار یا بیشتر سابقه بستری داشتند، احتمال مهار شدن تا شش برابر افزایش پیدا کرد (۱۵).

بررسی تعداد دفعات مهار در پژوهش حاضر نشان داد که بیش از نیمی از بیماران تحت هر یک از انواع روش‌های مهار، یک بار مهار شده بودند. در مطالعه Gan و همکاران (۵) نیز نتایج مشابهی به دست آمد. در بررسی آن‌ها، از ۷۳ بیمار تحت مهار فیزیکی، ۳۹ بیمار (۵۳/۴ درصد) یک بار مهار شدند (۵).

در تحقیق حاضر مشخص گردید که بیش از نیمی از بیماران تحت هر یک از روش‌های مهار، دارای بستری اجباری بودند که این یافته با نتایج پژوهش Gan و همکاران (۵) مشابهت داشت. پذیرش اجباری با شدت بیماری و فقدان آگاهی نسبت به بیماری ارتباط دارد. از طرف دیگر، بیمارانی که بر خلاف میل خود بستری می‌شوند، احتمال زیادی دارد که با کارکنان درگیر شوند. بنابراین، چنین بیمارانی به میزان قابل توجهی بیشتر احتمال مهار شدن دارند (۱۵).

بررسی نحوه مهار فیزیکی پژوهش حاضر نشان داد که کل موارد مهار فیزیکی، در موقعیت خوابیده به پشت انجام گرفت. از نظر نحوه بستن بیمار به تخت در مهار فیزیکی، ۷۱/۵ درصد موارد از نوع دو اندام بود. مطالعه Zun (۱۳) نیز نتایج مشابهی را گزارش نمود. در مطالعه وی مشخص گردید که ۸۶ درصد از موارد مهار فیزیکی، در موقعیت خوابیده به پشت صورت گرفته است و در ۵۹ درصد موارد نیز نحوه بستن اندام‌ها به صورت دو اندام بود (۱۳).

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن بود که بیشترین علت مهار فیزیکی به صورت واحد یا به صورت مهار فیزیکی هم‌زمان با مهار دارویی، خشونت کلامی بود. بعد از خشونت کلامی بیمار، «خشونت فیزیکی» شایع‌ترین علت مهار فیزیکی بیمار به شمار می‌رود. از دیگر خشونت‌های بیمار که منجر به مهار فیزیکی شد، می‌توان به تخریب اشیا و تهدید کردن دیگران اشاره کرد. یافته‌های مطالعات قبلی نشان می‌دهد که شایع‌ترین دلیل مهار فیزیکی بیمار، بروز خشونت واقعی در او می‌باشد که از ۲۰/۸ تا ۴۴/۰ درصد متفاوت است. این نسبت زمانی که خشونت واقعی بیمار رخ نداده است و فقط کارکنان ترس از خشونت بیمار دارند، به ۳۳ تا ۶۲ درصد می‌رسد (۹).

کار کردن در یک محیط دارای انواع شرایط خشونت‌آمیز، برای کارکنان بسیار استرس‌آور است و می‌تواند منجر به ارزیابی اشتباه از وضعیت بیمار شود. به عنوان مثال، «پیشگویی اشتباه کارکنان در مورد بیمار» به این صورت که برای پیشگیری از خشونت رفتاری بیمار باید او را مهار فیزیکی کرد (۱۸). باید توجه داشت که رفتار خشونت‌آمیز بیمار، از شرایط و عوامل زمینه‌ای تأثیر می‌پذیرد که از جمله این عوامل می‌توان به خصوصیات، روش‌ها و شخصیت کارکنان و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]

همچنین، نگرش آن‌ها نسبت به بیماران و از طرف دیگر، واکنش بیمار نسبت به این عوامل اشاره نمود (۱۹). مشخص شده است که شایع‌ترین علت مشاجره بیمار با کارکنان، تحمیل مقررات به بیمار از سوی آن‌ها و یا رد کردن درخواست بیمار می‌باشد. بنابراین، اگر ارزیابی بیمار توسط کارکنان به منظور بررسی خشونت در وی بر اساس تجارب بالینی صورت گیرد، از قضاوتی که بر اساس بررسی ساختار یافته بیمار باشد، دقت کمتری خواهد داشت (۲۰).

ایجاد مزاحمت برای کارکنان یا دیگر بیماران، دلیل دیگر استفاده از مهار فیزیکی بیمار در مطالعه حاضر بود. دلایل دیگر مهار فیزیکی، بی‌قراری بیمار یا عدم آگاهی نسبت به محیط عنوان شد. مواردی از مهار فیزیکی نیز به منظور تنبیه بیمار انجام گرفت. استفاده از مهار فیزیکی از روی قصد به منظور تنبیه و یا به دلیل ایجاد مزاحمت به علت ایجاد سر و صدا و یا تداخل با کار کارکنان، نمی‌تواند دلیل صحیحی برای استفاده از مهار فیزیکی باشد. از طرف دیگر، استفاده از مهار فیزیکی بیمار به دلیل آژیتاسیون و عدم آگاهی از محیط بدون هیچ علامتی از خشونت، نشان دهنده عدم ارزیابی صحیح بیمار است (۹).خطر ارزیابی اشتباه در دو زیرگروه از بیماران ممکن است اتفاق بیفتد. گروه اول، بیماران حادی که کمتر از ۴ روز از بستری آن‌ها می‌گذرد و دسته دوم بیماران دارای سوء مصرف مواد که مداخلات محدود کننده در هر دو گروه بسیار پرتکرار است، اما در عین حال آژیتاسیون این بیماران، کمتر منجر به بروز خشونت در آن‌ها می‌شود. لازم به ذکر است که مداخلات محدود کننده در هر دو گروه زیاد اتفاق می‌افتد؛ چرا که شاید در هر کدام از این گروه‌ها رفتار بیمار برای کارکنان غیر قابل پیش‌بینی باشد (۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از ۳۰۵ مورد مهار دارویی که به صورت واحد یا به صورت هم‌زمان با مهار فیزیکی انجام شد، ۱۲۹ مورد آن به دلیل بی‌خوابی بیمار بوده است. باید توجه داشت که هدف از مهار دارویی بیمار، آرام ساختن بیمار می‌باشد. راهنمای عمل دارو درمانی می‌گوید که هدف از مهار دارویی، آرام کردن بیمار است و نه خواباندن بیمار. در واقع، خواب‌آوری و تسکین بیش از حد، از عوارض داروهای مورد استفاده در مهار دارویی می‌باشد که باید از آن اجتناب گردد (۲).

تعداد کل تزریق انجام شده در طی انجام مطالعه به منظور مهار دارویی یا مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان، ۳۰۵ مورد محاسبه شد. پرکاربردترین داروی مورد استفاده نیز هالوپریدول بود که در ۲۱۶ مورد (۷۰/۹ درصد) مهار دارویی به صورت واحد یا ترکیب با داروی دیگر مورد استفاده قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش Bilanakis و همکاران (۱۲) همخوانی داشت. در مطالعه آنان، ۸۲ تزریق طی مدت دو سال به منظور مهار دارویی انجام شد که در ۶۰ مورد یک داروی آنتی‌سایکوتیک و در ۲۲ مورد هم یک داروی بنزودیازپین مورد استفاده قرار گرفت. داروی آنتی‌سایکوتیک مورد استفاده اغلب مواقع (۹۶/۷ درصد)، هالوپریدول بود که در ۶۱/۷ درصد موارد به صورت ترکیب با یک بنزودیازپین به کار رفت (۱۲). از ۳۰۵ مورد مهار دارویی انجام شده در بررسی حاضر، ۸۲ مورد به صورت هم‌زمان با مهار فیزیکی بود و در ۲۲۳ مورد باقی‌مانده، مهار دارویی به صورت واحد به کار رفته بود که در ۱۵ مورد آن، بیمار به دنبال مهار دارویی، مهار فیزیکی نیز شده بود. نتایج تحقیق Bilanakis و همکاران نشان داد که از ۳۳ مورد مهار دارویی انجام شده، در ۱۲ مورد (۳۶/۱ درصد) بعد از مهار دارویی، مهار فیزیکی یا ایزوله بیمار را به دنبال داشت (۱۲).

یافته دیگر این که مهار دارویی در شیفت شب نسبت به شیفت‌های صبح و عصر دارای تفاوت چشمگیری بود. اگر این یافته با نتیجه حاصل از بررسی علل مهار دارویی ادغام گردد، نتیجه گرفته می‌شود که علل عمده مهار دارویی انجام شده، بی‌خوابی می‌باشد که به طور عمده در شیفت شب اتفاق می‌افتد. به همین دلیل است که مهار دارویی در شیفت شب، نسبت به دو شیفت دیگر بیشتر اتفاق افتاده است. رابطه بین نوع مهار با نوع شیفت نیز بررسی گردید و نتایج نشان داد که نوع مهار به نوع شیفت وابسته است.

بررسی عوارض مهار در پژوهش حاضر نشان داد که مهار دارویی، عارضه خاصی را به همراه نداشت. مهار فیزیکی و مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان، عوارضی داشت که درد دارای بیشترین فراوانی بود و پس از آن تشنگی، خستگی و نیاز به دستشویی، بیشترین فراوانی را در بین عوارض مهار به خود اختصاص داد. دیگر عوارض به ترتیب شامل گرسنگی، ایجاد کبودی اندام در محل بندها و تنگی نفس بود. با توجه به نوع عوارض در روش مهار فیزیکی و دارویی هم‌زمان، مشخص شد که این عوارض نیز به دلیل مهار فیزیکی اتفاق افتاده است.

مطالعاتی که تجارب بیماران حین مهار فیزیکی را بررسی کرده‌اند، به این نتیجه دست یافتند که شکایت عمده بیماران از مهار شدن، ناشی از عدم برطرف شدن نیازهای اساسی آن‌ها همچون گرسنگی، تشنگی و رفتن به دستشویی است (۹). علاوه بر این، بسیاری از بیماران حین مهار فیزیکی، احساس خستگی می‌کنند که این احساس به دلیل مدت زمان طولانی مهار و عدم امکان فعالیت حین مهار یا ایزوله شدن می‌باشد (۲۲، ۲۱)؛ در حالی که قانون این اجازه را به بیمار داده است که حین مهار فیزیکی یا ایزوله شدن بتواند مجله و کتاب بخواند و یا تلویزیون تماشا کند. شاید نیاز باشد که در فرهنگ موجود تغییراتی ایجاد شود و مداخلات مهار و ایزوله کردن بیمار از شکل طاقت‌فرسا و تحمل‌ناپذیر بودن خارج شود. به عنوان مثال، ایجاد تغییر در اتاق‌های ایزوله یا مهار فیزیکی بیماران که دهه‌هاست بدون تغییر باقی مانده و نه تنها انگیزه را از بیماران گرفته، بلکه باعث محرومیت آن‌ها شده است (۲۳).

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و کارکنان محترم بیمارستان فارابی و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر وقدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Moosa MY, Jeenah FY. The use of restraints in psychiatric patients. South African Journal of Psychestry 2009; 15(3): 72-5.
2. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med 2012; 13(1): 26-34.
3. Ng AT, Zeller SL, Rhoades RW. Clinical challenges in the pharmacologic management of agitation. Prim psychiatry 2010;

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]

17(8): 46-52.
4. Coburn VA, Mycyk MB. Physical and chemical restraints. Emerg Med Clin North Am 2009; 27(4): 655-67, ix.
5. Gan CK, Jambunathan ST, Jesjeet SG. Pattern of the use of physical restraint on psychiatricinpatients in University Malaya Medical Centre. Malaysian Journal of Psychiatry 2003; 11(1): 24-33.
6. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. Can J Psychiatry 2003; 48(5): 330-7.
7. Cheney PR, Gossett L, Fullerton-Gleason L, Weiss SJ, Ernst AA, Sklar D. Relationship of restraint use, patient injury, and assaults on EMS personnel. Prehosp Emerg Care 2006; 10(2): 207-12.
8. Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. West J Emerg Med 2012; 13(1): 35-40.
9. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lonnqvist J, Kaltiala-Heino R. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. Nord J Psychiatry 2010; 64(2): 136-44.
10. Janssen WA, Noorthoorn EO, de Vries WJ, Hutschemeakers GJ, Lendemeijer HH, Widdershoven GA. The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. Int J Law Psychiatry 2008; 31(6): 463-70.
11. Davison SE. The management of violence in general psychiatry. Adv Psychiatr Treat 2005; 11(5362): 3701.
12. Bilanakis N, Papamichael G, Peritogiannis V. Chemical restraint in routine clinical practice: A report from a general hospital psychiatric ward in Greece. Ann Gen Psychiatry 2011; 10: 4.
13. Zun LS. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. J Emerg Med 2003; 24(2): 119-24.
14. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. Am J Psychiatry 2004; 161(3): 459-65.
15. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: A case-control study. Psychiatr Serv 2011; 62(5): 492-7.
16. Klinge V. Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. Hosp Community Psychiatry 1994; 45(2): 138-41.
17. Taxis JC. Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. Issues Ment Health Nurs 2002; 23(2): 157-70.
18. Becker RJ. Uncertainties in assessing and treating assaultive patients. Psychiatr Serv 2007; 58(9): 1227-8.
19. Daffern M. The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings. Aggress Violent Behav 2007; 12(1): 116-30.
20. Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. Behav Sci Law 2006; 24(6): 799-813.
21. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. Issues Ment Health Nurs 2004; 25(6): 559-78.
22. Hoekstra T, Lendemeijer HH, Jansen MG. Seclusion: The inside story. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004; 11(3): 276-83.
23. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. Perspect Psychiatr Care 2012; 48(1): 16-24.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]

Evaluation of Physical and Therapeutical Restraint in the Emergency Psychiatry Wards of Farabi Hospital on Isfahan, Iran

Seyed Mohamad Mehdi Kahangi[1], Safa Maghsoodloo[2], Arash Ghodousi[3]

Short Communication

Abstract

Aim and Background: Violence and agitation of the patient in the psychiatric ward must be considered in the context of the physical and drug inhibition of the patient. Despite the fact that some experts consider controlling the patients necessary for controlling the violence, many believe that inhibition of mentally-ill patients is a violation of human rights. They, in fact, are worried physical and psychological complications of the inhibition. Therefore, considering that the amount of inhibition of patients in psychiatric units is considered as a health index, and considering the negative effects of these interventions, the present study was conducted to investigate the status of physical and drug inhibition in acute psychiatric wards of Farabi Hospital of Isfahan, Iran.

Methods and Materials: In this research, a researcher-made data collection form was used. This form included demographic characteristics and patient psychiatric diagnosis as well as information on the patients' process of inhibition. For each case of inhibition in the study period, a form was filled up and then analyzed statistically.

Findings: During the one-month study period, 144 patients were under different types of inhibition, and 399 patients were physically and pharmacologically inhibited separately or simultaneously. Regarding physical inhibition, it was found that the majority of inhibition cases were performed in a general room of patients by a dual procedure, by two personnel and for a period of 1 to 8 hours. The most common causes of physical and drug inhibition were verbal abuse and insomnia, respectively. No drug complication was observed during the study period, and the pain was the most common complication of physical inhibition. Haloperidol was used most commonly for drug inhibition.

Conclusions: Knowing how current inhibition is, changing the culture and moving away from overwhelming and intolerable inhibition methods are the ways to implement the modern physical and drug inhibitions. It, in turns, leads to obviate the medical constraints and enhance the motivation of patients to remain in the treatment procedure.

Keywords: Violence, Agitation, Chemical, Physical restraint

Citation: Kahangi SMM, Maghsoodloo S, Ghodousi A. **Evaluation of Physical and Therapeutical Restraint in the Emergency Psychiatry Wards of Farabi Hospital on Isfahan, Iran.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 371-7.

Received: 16.06.2017 Accepted: 22.08.2017

1- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Psychiatrist, Department of Psychiatry, School of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Safa Maghsoodloo, Email: maghsoudloo@mail.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.14.7]