

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

THE DEVELOPMENT OF NURSING CARE SYSTEM FOR
VIOLENT AND AGGRESSIVE PATIENT WHO WERE
ADMITTED TO KHON KAEN RAJANARINDRA
PSYCHIATRIC HOSPITAL

นางวรารัตน์

ทะมั่งกลาง

นางวรรณภา

แก้วดี

นางศิริพร

ธงยศ

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

(โครงการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พ.ศ 2554)



เรื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

THE DEVELOPMENT OF NURSING CARE SYSTEM FOR
VIOLENT AND AGGRESSIVE PATIENT WHO WERE
ADMITTED TO KHON KAEN RAJANARINDRA
PSYCHIATRIC HOSPITAL

นางวรารัตน์

ทะมั่งกลาง

นางวรรณภา

แก้วดี

นางศิริพร

ธงยศ

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

(โครงการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พ.ศ 2554)

รายงานการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัย นางวรางรัตน์ ทะมั่งกลาง
นางวรรณภา แห้วดี
นางศิริพร ธงยศ

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	002275
วันที่	21 ก.พ. 2555
เลขเรียกหนังสือ	กข. 44160 13240
	854 ค.1

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอ เมือง จังหวัดขอนแก่น
โทร. 0-4320-9999

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วรารัตน์ ทะมั่งกลาง พย.ม. รปม.

วรรณภา แหว่ดี พย.บ.

ศิริพร ธงยศ พย.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 - 30 กันยายน 2554 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคัดเลือกหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง (ตึกศรีตรัง) ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงสุดเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การทบทวนเอกสาร งานวิจัย การร่วมประชุมกับบุคลากรเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคจากการดูแลแบบเดิม การอบรมเชิงปฏิบัติการ และจัดทำคู่มือระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการ โดยนำแนวทางไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ประเมินผลการดำเนินงานจากระบบการดูแลที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ประเมินความรู้และเจตคติบุคลากรที่ร่วมโครงการ และประเมินผลด้านผู้ป่วยจากอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการชี้แจงการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วย โดยการคัดกรองและเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS) ซึ่งเป็นการคัดกรองตามปกติของโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้การประเมินด้วยแบบประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และให้การดูแลตามระดับความรุนแรงตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวฯ สำหรับการประเมินผลด้านบุคลากรพบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และเจตคติสูงกว่าก่อนอบรม ระยะที่ 2 พบว่าเกิดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวช่วง 4 เดือน (ม.ค.-เม.ย. 2554) จำนวน 35 คน โดยเฉลี่ยเดือนละ 8-9 คน ส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 และ 1 สาเหตุเกิดจากอาการทางจิต หวาดระแวง หูแว่ว และอยากกลับบ้าน การพยาบาลที่ได้รับคือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จัดสิ่งแวดล้อม ใช้ห้องแยก ใช้การผูกมัด และให้ยาติดตามแผนรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการ

สรุป ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้นักุลากรมีความมั่นใจ และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ระดับรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชลดลง ตัวผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น และสิ่งของมีความปลอดภัย

คำสำคัญ การพัฒนาระบบการดูแล พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวช

The Development of Nursing Car System for Violent and Aggressive Patients Who were Admitted to Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Varangrat Tamangklang, MPA , RN

Wannapa Haewdee, RN

Siriporn Thongyot, M.N.S , RN

ABSTRACT

The objective of this action research was to develop a nursing care system for violent and aggressive patients who were admitted to Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital during 1 October 2010-30 September 2011. The female inpatient ward (Sritrung ward) that had the highest number of violent incidents was selected as a sampling setting. There were two phases of the study. Phase 1 (Preparation) included the literature review, meeting with staff to find out care system for patients and difficulties of previous care system, workshop training, and manual development for violent and aggressive patients. Phase 2 (Implementation) included providing intervention in female inpatient ward, evaluating after the intervention completion (challenges, knowledge and attitude of participating staff), and comparing incident cases between Pre and Post intervention. Data collection was performed by registered nurses who were informed data collection guideline. Descriptive statistics (frequency, percentage, and mean) were used for data analysis. Thematic analysis was also employed.

During Phase 1, results showed that the nursing care system for violent and aggressive inpatients was established by screening and monitoring violent and aggressive behaviors with Thai-HoNOS. When patients presented their violent and aggressive behaviors, the Severity of Aggressive Assessment was used to justify. After assessment, patients were treated, depending on their symptoms' level. The Manual on Care of Violent and Aggressive Psychiatric Patients was used as a guideline. In terms of staff's evaluation, nursing staff showed improvement in knowledge and attitudes toward the care of violent and aggressive psychiatric patients, after completing the intervention.

During Phase 2 (January - April 2011), there were 35 patients (approximately 8-9 patients per month) who exhibited violent or aggressive behaviors. The majority of them showed their violent and aggressive behavior at level 2 and 1. The main causes of violence included patients having psychotic symptoms, particularly paranoid, auditory hallucination, and wishing to be discharged. Nursing

interventions were therapeutic relationships, milieu therapy, use of seclusion/restraints, and administering injections according to the doctor order.

In summary, the nursing care system for psychiatric patients with violent and aggressive behaviors helps nursing staff feel confident and guides them to achieve the same goal. In addition, this care system can reduce violent or aggressive behaviors in psychiatric patients. It also helps to promote the safety of other patients, staff, and belongings.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความร่วมมือหลายฝ่าย ดังนี้

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่กรุณาอนุญาตให้ทำการวิจัย และเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ตลอดจนอนุมัติทุนอุดหนุนวิจัยในครั้งนี้

นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย และให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย ทำให้งานสำเร็จเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์

รองศาสตราจารย์ภัณฑิลา อธิรัตน์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และตลอดจนตรวจสอบแก้ไขต้นฉบับ ด้วยความเอาใจใส่

หัวหน้าศึกษาคีรีตราง และเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีอุปการะคุณ ดังได้กล่าวนามมาข้างต้น ณ โอกาสนี้

วรารัตน์ ทะมั่งกลาง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ขอบเขตในการทำวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช	8
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	13
ทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	16
วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	25
แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มี	26
พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	
การป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	27
แนวคิดการพัฒนาระบบงาน	43
การทำงานแบบมีส่วนร่วม	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงาน	
กลุ่มตัวอย่าง	52
ขั้นตอนในการดำเนินงาน	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการดำเนินงาน	61
อภิปรายผล	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	81
ข้อเสนอแนะ	84
เอกสารอ้างอิง	85
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	96
ภาคผนวก ข ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	107
ประวัติผู้เขียน	133

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ตารางแสดงลักษณะและระดับความก้าวร้าวและรุนแรงของพฤติกรรม	27
ตารางที่ 2	ตารางแสดงความสัมพันธ์ความต่อเนื่องในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	28
ตารางที่ 3	ตารางแสดงการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มี พฤติกรรมรุนแรง	38
ตารางที่ 4	ตารางแสดงลักษณะและระดับรุนแรงของพฤติกรรม	62
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามลักษณะ ประชากรและการศึกษา	64
ตารางที่ 6	แสดงความรู้-เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวและรุนแรงก่อนและหลังอบรม	66
ตารางที่ 7	แสดงการเปรียบเทียบความรู้-เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงก่อนและหลังการอบรม	67
ตารางที่ 8	แสดงความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำรูปแบบการป้องกันและ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	68
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนผู้ป่วยและลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	70
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมรุนแรงตามการประเมิน OAS	71
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	71
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละวิธีการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	72

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับที่ 1	34
ภาพที่ 2	การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับที่ 2	35
ภาพที่ 3	การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับที่ 3	36

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาลจิตเวช และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง และมีการแสดงออกหลายลักษณะทั้งการทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ฉีกเสื้อผ้า ชีดเขียนผนังห้อง หรือทางวาจาส่งเสียงดัง ข่มขู่ ตะโกนว่ากล่าวผู้อื่น คำคำหยาบ การกระแทกกระทั้น หรือทำร้ายตนเองโดยการดึงเส้นผม หยิกข่วนตนเอง สีรษะ โขกพื้น (Chan, 2003; Wilson, 1996; Yodofsky, Silver, J.M. 1991) รวมถึงการฆาตกรรม การคุกคาม การข่มเหงผู้ร่วมงานหรือผู้ดูแล หรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความกลัว ความเครียด และการหลีกหนี (Mayhew & Chappell, 2001) จึงนับว่าเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญในสถานพยาบาล (Eilleen & Collen, 2003) ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง คนอื่น และสิ่งของ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540)

พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อย พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รับไว้รักษาภายในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 62.6 และโรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder) ร้อยละ 24.6 (Chou et al., 2002) จำแนกเป็นการทำร้ายร่างกายคนอื่น ร้อยละ 55.3 การทำลายสิ่งของ ร้อยละ 24.1 และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด ร้อยละ 20.6 โดยผู้ป่วยจิตเวชเพศชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายมากกว่าเพศหญิง ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะเคยมีประวัติกระทำการรุนแรงมาก่อน ร้อยละ 77 (Chou et al., 2002) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 81.8 (Rossi et al., 1986)

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพทางจิตใจและสิ่งแวดล้อม โดยสาเหตุพยาธิสภาพทางจิตใจ ได้แก่ การมีอาการอยู่ในระยะเฉียบพลัน ความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน รวมทั้งความโกรธก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ส่วนสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมมักเกิดในหอผู้ป่วย ได้แก่ การมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป มีสภาพแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด การพูดจาของบุคลากรที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณถูกคุกคาม (มาโนช หล่อตระกูล, 2539; น้ำจิต กุลอ่อน และภณจิตา อิฐรัตน์, 2551) นอกจากนั้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชอาจเกิดจากความกดดันทางสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยปกติผู้ป่วยมักจะขาดทักษะทางสังคมและไม่มีความสามารถที่จะสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลอื่น จึงมีการแก้ปัญหาใน

ลักษณะไม่เหมาะสมหรือมีทางออกในการแก้ปัญหาน้อย บทพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง และความสามารถในการทนต่อความคับข้องใจน้อย ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้เพราะอารมณ์ชั่ววูบ (Chen, 1997; Schwartz & Park, 1999) โดยบริบทที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ มีความผิดปกติในการรับรู้และกระบวนการความคิด มีลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ร่วมกับความด้อยในประสบการณ์ที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และการควบคุมอารมณ์ วิธีการมองตนเองและผู้อื่นแคบ ขาดการแปลความและแปลเจตนาของผู้อื่น พุดถึงตนเองด้านลบ และด้อยความสามารถที่จะรับอารมณ์ของตนเองได้จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว (Chen, 1997; Schwartz & Park, 1999; Paivio, 1999 ; Chan et al., 2003)

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ตัวผู้ป่วยเอง ได้รับความบาดเจ็บ หรือในกรณีก้าวร้าวรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) เป็นปัญหาของครอบครัวและชุมชนต้องให้การดูแลช่วยเหลือ (Rossi et al., 1986) มีผลต่อผู้ป่วยอื่นทำให้ได้รับความบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายหรือเป็นที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยอื่น (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) นอกจากนี้มีผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์คือถูกผู้ป่วยทำร้าย ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นขณะที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Martin, 1995 อ้างถึงใน ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543) และเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วยมากที่สุด และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เป็นบุคคลแรกที่ต้องเข้าไปเพื่อประเมินสถานการณ์ หาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น สิ่งของ และควบคุมเหตุการณ์รุนแรงให้สงบลงอย่างปลอดภัยภายใต้เวลาที่จำกัด (จิตจำนง ผลพฤษยา, 2540) ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยสูง พบว่าบุคลากรพยาบาลถูกทำร้ายมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่น ร้อยละ 90 (Duxbury, 1999) (Whittington, 1994) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Delaney et al. (2001) พบว่า พยาบาลได้รับความบาดเจ็บ ร้อยละ 88

ลักษณะการบาดเจ็บของบุคลากรพยาบาลจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย พบว่าได้รับความบาดเจ็บเฉพาะร่างกาย ร้อยละ 27 ได้รับความบาดเจ็บทางจิตใจ ร้อยละ 21 และถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย ขาดประสบการณ์จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (American Psychiatric Association Task Force on Clinical Safety, 1993 อ้างใน ชีระ ลีลานั้นทกิจ, 2541) และจากรายงานของศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2541 อ้างใน กษพงศ์ สารการ, 2542) ที่รวบรวมสถิติเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกทำร้ายจากโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพถูกทำร้ายในระยะ 3 เดือน 18 คน เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยรับใหม่ ร้อยละ 11.11 พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 27.78 ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 55.56 และนักรักษาโรค

ร้อยละ 5.56 ทำให้บุคลากรรู้สึกเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน รู้สึกโกรธ และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และอยากลาออกจากงาน ดังนั้นการจัดการดูแลผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นต่อบุคลากรพยาบาล

— หอผู้ป่วยจิตเวชหญิง ดึกศรีตรัง เป็นหอผู้ป่วยขนาด 88 เตียง รับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรงไว้รักษาแบบ one stop service ซึ่งเป็นการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน วิกฤต จนกระทั่งอาการดีและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในหอผู้ป่วยเดียว มีอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาคือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะอาละวาด หวาดระแวง ประสาทหลอน โดยพฤติกรรมที่พบบ่อย คือ การพูดเสียงดัง ดุด่าผู้ป่วยอื่นด้วยถ้อยคำหยาบคาย เอะอะร้องตะโกน ต่อสู้ ขัดขืน ไม่อยากอยู่โรงพยาบาล ดบตีทำร้ายกันเองระหว่างผู้ป่วย และทำลายสิ่งของ แกะมุ้งลวด ตะลึงประตู รวมถึงการทำร้ายเจ้าหน้าที่ จากสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 3 ปีย้อนหลัง พบอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของดึกศรีตรัง ปีงบประมาณ 2551-2553 จำนวน 647, 830 และ 1,108 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงที่สุดเมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยอื่น และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ รายละเอียดดังนี้

ตึก	ปีงบประมาณ 2551	ปีงบประมาณ 2552	ปีงบประมาณ 2553
ชงโค	492	687	1,079
ศรีตรัง	647	917	1,108
เฟื่องฟ้า	466	574	506
ฝ้ายคำ	364	672	1,159
พิเศษ	130	175	199
รวม	2,099	3,025	4,051

จากการรวบรวมตามใบปฏิบัติการประจำเดือนของดึกศรีตรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระยะแรกที่ได้รับไว้รักษา เกิดจากผู้ป่วยมีภาวะหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน ขาดการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิเสธการรักษา มีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งด้านคำพูดและการแสดงออกทางร่างกาย การทำลายสิ่งของ แกะมุ้งลวด ขว้างปาสิ่งของ ตะลึงประตู และทำร้ายผู้ป่วยด้วยกัน ตลอดจนทำร้ายเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงเป็นความจำเป็นสำหรับบุคลากรพยาบาลในดึกศรีตรัง ที่ต้องพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงของตึกศรีตรังที่ผ่านมา ใช้รูปแบบการประเมิน SAVE Precaution โดยแบบประเมิน HoNOS และให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตามนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล ด้านกิจกรรมการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จะให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวของกรมสุขภาพจิต (2542) และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พบว่ายังขาดความชัดเจนในการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว และการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละระดับนั้นๆ ต่อมาได้นำการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดย เจตนภาดา นาคบุตร (2547) มาประยุกต์ใช้ โดยกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ให้การประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรง (OAS) และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง คือ รุนแรงระดับ 1 ใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัด และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด รุนแรงระดับ 2 ใช้การจำกัดพฤติกรรมโดยใช้ห้องแยกหรือการผูกมัด รุนแรงระดับ 3 เตรียมทีมบุคลากรเพื่อจำกัดพฤติกรรม โดยการใช้ห้องแยกหรือใช้การผูกมัด และให้ยาฉีด PRN ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์สำคัญ ทำให้เกิดแนวทางการดูแลที่มีความชัดเจนขึ้น

อย่างไรก็ตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงของตึกศรีตรัง พบว่ายังมีข้อจำกัดและขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากระบบการดูแลแบบเดิมขาดความชัดเจนในการประเมินและกิจกรรมการดูแล เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเกิดขึ้น บุคลากรให้การดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนจากแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้ปฏิบัติการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังกล่าวข้างต้น

จากการทบทวนงานวิจัย เกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการให้การประเมินเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว และให้การจัดการตามระดับความรุนแรงที่เหมาะสม สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ดังเช่นการศึกษาของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พัฒนามาจากแนวทางการดูแลของ Yudofsky และคณะ (Yudofsky et. Al, 1986 อ้างใน ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่เกิดจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย ได้สร้างคู่มือการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และให้การดูแลตามระดับความรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และญาติมีความพึงพอใจ จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือมีรูปแบบการประเมินพฤติกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมชัดเจน มีเกณฑ์ประเมินระดับของพฤติกรรมรุนแรง และให้การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรม

ในลักษณะเช่นเดียวกันในการศึกษาในต่างประเทศ เช่นการศึกษาของ Hamolia (2005) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยใช้การประเมินเพื่อจำแนกระดับความรุนแรงด้วยแบบประเมินที่เขาสร้างขึ้นเอง และให้การดูแลตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น พบว่าช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้เช่นเดียวกัน

จากความตระหนักสำคัญของการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง และปัญหาการพยาบาลที่เกิดขึ้นในตึกศรีตรังดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาในฐานะเป็นผู้บริหาร และให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง มีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual collaborative approach) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การศึกษาสภาพการณ์และปัญหา การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Acting) การสังเกต (Obseving) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ตลอดจนปรับปรุงแผน (Re-Planing) เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นจริง ของตึกศรีตรัง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของพฤติกรรมและป้องกันการบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลดลง ลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่รับไว้รักษา ณ ตึกศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชหญิง ตึกศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหญิง ตึกศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ และหรือระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt aggression scale) ของรวิชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) มีระดับความรุนแรงระดับ 1 - 3 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รวมถึงกิริยาอาการที่แสดงออกเป็นการตอบโต้หรือตอบสนองอย่างฉับพลัน เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว โดยแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ประกอบด้วย การส่งเสียงดัง หรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวตู่คนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเช้านี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามจะทำร้ายส่งเสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจการพูด จะพูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ก้าวร้าวตะโกนดุด่าคุกคามข่มขู่

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตัวเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมหิกล ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้น กำปั้นชก สิ่งของกระแทกตัวเองกับผนังห้องมีรอยฟกช้ำที่ลำตัว การหิกลข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง หรือการจุกไฟเผาตนเอง การดึงผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การทิ้งตัวลงพื้นหรือสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น ประกอบด้วย พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า การกัด การตี การเตะ การผลัก ถ่มน้ำลายใส่ลำตัว ชกต่อย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวมหรือรุนแรงจนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

พฤติกรรมก้าวร้าวด้านทำลายสิ่งของ ประกอบด้วย พฤติกรรมเขย่าประตู้ ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง จิกเขียนฝาผนังห้อง ทับกระจก ทับทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทับทำลายกระจก จุกไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง ตึกศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 14 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 12 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการช่วยเหลือ โดยมีระบบเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
4. บุคลากรมีความมั่นใจในการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
5. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช
6. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทกับพฤติกรรมก้าวร้าว แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง วงจรการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับผู้ป่วย จิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และแนวคิดการพัฒนาระบบงาน มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

1.1 นิยามโรคจิตเวช (Psychosis)

มาโนช หล่อตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Psychosis) หมายถึง สภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (Out of reality) ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรค จิตเวช บุคคลจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

1.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คือ การปักใจในบางสิ่งบางอย่างอย่างฝังแน่น ไม่ว่าจะมีความจริงหรือไม่ หรือมีหลักฐานมาคัดค้านที่เห็นชัดว่าสิ่งที่เขาเชื่อนั้นผิด เขาก็ยังฝังใจเชื่อ เช่นนั้น

1.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ ไม่มีสิ่งเร้า (No stimuli) แต่ผู้ป่วยมีการรับรู้ (Perception) เกิดขึ้นได้ทั้งทางหู ตา สัมผัส กลิ่น รส เช่น หูแว่ว ภาพหลอน รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ตามผิวหนังต่างๆ ที่ไม่มี (Tactile hallucination) ได้รสอาหารต่างๆ ที่ไม่มี อาหารในปาก (Gustatory hallucination) หรือได้กลิ่นเหม็นๆ ที่คนอื่นที่อยู่ด้วยไม่ได้กลิ่น (Olfactory hallucination)

1.1.3 การแปลสิ่งเร้าผิด (Illusion) คือ มีสิ่งเร้า แต่แปลสิ่งเร้านั้นผิดไป เช่น เห็นเชือกเป็นงู เห็นหน้าภรรยาเป็นผีที่น่ากลัว

1.1.4 พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก (Grossly disorganized behavior) มีพฤติกรรมที่ไม่ว่าใครเห็นก็คิดว่าผิดปกติ เช่น ร้องตะโกน โวยวาย วิ่งไปตามถนน วุ่นวายตลอด แบบเฉยเมย ไม่ทำอะไร หรือมีท่าทางแปลกๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตจะไม่ทราบว่าตนเองผิดปกติ เขาจะเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเช่นนั้นจริงๆ

1.2 โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูง ร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Boyd, 2005) และมีความสำคัญเป็น อันดับหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด มีความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1,000 (มาโนช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุคนิชน, 2544) โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกถึง ร้อยละ 1.2 จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2547 พบจำนวนผู้ป่วยโรคจิตทั่วประเทศ 520,013 , 474,005 และ 423,078 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2547) จากรายงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวนผู้ป่วยรับใหม่ในปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 34,774 คน ในปีงบประมาณ 2553 มีจำนวน 33,858 คน แต่ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2552 และ 2553 มีผู้ป่วยจิตเภทรับใหม่ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1,065 ราย และ 1,150 ราย ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยผู้ป่วยมักมี life-time prevalence ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ ในด้านต่างๆ อย่างมาก เนื่องจากเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต้องเสียค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ย 9,446.17 บาทต่อราย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2547) เนื่องจากต้องมีการรักษาติดต่อกันยาวนาน ต้องใช้ยาและเครื่องมืออื่นๆ รวมถึงการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องใช้ต้นทุนของ หอผู้ป่วยที่สูงกว่าต้นทุนการรักษาโรคจิตประเภทอื่นถึง 17 เท่า ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากทุกปี สำหรับรักษาผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้

การดำเนินโรคของโรคจิตเภทจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นลักษณะสำคัญโดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวและไม่มีโรคทางกาย แต่การหยั่งรู้เสียไป (มานิช หล่อตระกูล, 2542) บางรายมีอาการหลงผิด และบางครั้งมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรกและแปลก มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ยึดหัวเราะคนเดียว และบางครั้งมีอาการรุนแรงเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของ พฤติกรรมก้าวร้าว และทะเลาะวิวาท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มักเกิดปัญหาด้านการตัดสินใจ การไม่สามารถควบคุมตนเอง และเกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นตามมา จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม โรงพยาบาลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น เพื่อให้ทันกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

1.2.1 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อน สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท โดยชื่อว่า Vulnerability Stress Model of Schizophrenia (Zubin & Spring, 1977 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจาก

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพและสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ซึ่งความเสี่ยงขึ้นอยู่กับความอ่อนแอของแต่ละบุคคล

1.2.2 การวินิจฉัยโรค ตามเกณฑ์ของ International Classification of Disease หรือ ICD-10 ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยตามอาการเป็นข้อๆ โดยมีเกณฑ์วินิจฉัย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน (ถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า) ตามข้อต่างๆ จากข้อ 1-4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการ จากข้อ 5-9 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลาานาน 1 เดือนขึ้นไป อาการต่างๆ ได้แก่

1) ความคิดก้อง (thought echo) ความคิดถูกสอดแทรก (thought insertion) หรือความคิดกระจาย (thought broadcasting)

2) ความคิดหลงผิดว่าถูกควบคุม โดยอิทธิพลภายนอก (delusion of control) มีแนวความคิดการกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ

3) หูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเองหรือได้ยินเสียงจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย (hallucinatory voice commenting)

4) ความคิดหลงผิดในการรับรู้ (delusion perception) ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรม ความเชื่อถือของคนทั่วไป หรือไม่มีทางเป็นไปได้ เช่น ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา การเมือง อำนาจ และความสามารถเหนือมนุษย์ (สามารถควบคุมอากาศ หรือสื่อสารกับสิ่งมีชีวิตต่างโลกได้)

5) ประสาทหลอน (hallucination) อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการมีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

6) มีความคิดผิดปกติ (thought disorder) พูดวกวนไม่ตรงประเด็นหรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

7) มีพฤติกรรมแบบทรงท่าที่เป็นเวลานาน (catatonic) เช่น วางท่าแปลกๆ คงท่าตามที่ถูกจัด ต่อการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

8) อาการทางลบ (negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือขาดโรคจิต

1.2.3 การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความซับซ้อน สาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว การบำบัดรักษาจึงใช้การผสมผสานหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน คือ การบำบัดรักษาทางชีวภาพ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและไฟฟ้า การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือในการส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิตประจำวันเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) แคปแลน และซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้แบ่งการรักษาดังนี้

1) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu therapy) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเดิมของผู้ป่วย และที่สำคัญเพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายและการทำร้ายผู้อื่น แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือวุ่นวาย ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยมีเวลาฟื้นฟูและปรับตัวในการดูแลตนเองและไม่รบกวนผู้อื่น

2) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท เป็นที่นิยมใช้โดยทั่วไปหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะหนึ่ง จะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ยาต้านโรคจิต สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIHM, 1999) พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นและกลับอยู่ในสังคมได้ แบร์รี่ (Barry, 2002) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยและระยะที่รักษาน้อยกว่า 10 ปี สามารถฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นได้อย่างสมบูรณ์

3) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีผลไม่ดีกว่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จะได้ผลดีในระยะเฉียบพลัน หรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าใช้กระแสไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยคือต่อยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิดคาทาโทเนีย (Catatonia) แบบงุนงง สับสน หรือตื่นเต้น กระวนกระวาย (Excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Kaplan & Sadock, 2000)

4) การรักษาด้วยจิตสังคม (Psychosocial therapy) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาาระหว่างปรับตัวเข้ากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

1.3 ผู้ป่วยจิตเภทกับพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท (อนันต์ อุ่นแก้ว และคณะ, 2543) ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว จากปัญหาในการปรับตัวกับสังคม ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ความไม่เท่าเทียมเสมอภาคกันทางเศรษฐกิจ สังคม และความยากจน ความคับข้องใจทางสังคม การถูกทารุณกรรม การเรียนรู้จากตัวแบบ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว สื่อโทรทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทโดยปกติจะขาดทักษะทางสังคม และไม่มีความสามารถที่จะสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลอื่น มีแก้ปัญหาในลักษณะไม่เหมาะสม หรือมีทางออกในการแก้ปัญหาที่น้อย (Hoffmann, 1988) มีความบกพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง และความสามารถในการทนต่อความคับข้องใจที่น้อย มักนำไปสู่ความรุนแรงได้เพราะอารมณ์ชั่ววูบ (Cahill, Stuart, Lamia, 1991) และมักจะมี ความพร่องในการควบคุมความขัดแย้งมีการแสดงอารมณ์ด้วยความก้าวร้าว (Chan, 2003) เนื่องจากไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยบริบทที่สำคัญได้แก่ ความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ร่วมกับความด้อยในประสบการณ์ที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และการควบคุมอารมณ์ การมองตนเองและผู้อื่นแคบ ขาดการแปลความ แปลเจตนาของผู้อื่น พุทธิถึงตนเองด้านลบ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา ด้อยความสามารถที่จะรับอารมณ์ของตนเองได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว (Paivio, 1999; Chan et al., 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งความต้องการหรือควบคุมแรงขับ (impulse control) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมแรงขับ (impulse control) ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่น (Brown, 1990) การแสดงออกของพฤติกรรมมีหลายลักษณะ เช่น การร้องตะโกน การดูแคลิผู้อื่นด้วยถ้อยคำหยาบคาย การทำลายสิ่งของ การกระแทกกระทุ้ง (Novaco, 1975; Chan et al., 2003) และยังรวมถึงการฆาตกรรม การคุมคาม การข่มเหงผู้ร่วมงาน หรือผู้ดูแล หรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความกลัว ความเครียดและการหลีกหนี

โดยสรุปแล้วพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด และการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท มักจะเกิดมากและรุนแรง เนื่องจากขาดการควบคุมตนเอง ด้อยประสบการณ์ที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความโกรธและขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จึงจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เพื่อจะได้หาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ไว้ดังนี้

Videbeck (2001) หมายถึง เป็นพฤติกรรมการทำร้ายหรือทำให้บุคคลอื่นได้รับบาดเจ็บเกี่ยวเนื่องถึงพฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน พฤติกรรมก้าวร้าวยังหมายถึง ความเสียหาย หรือการทำให้บุคคลอื่นได้รับบาดเจ็บด้วยแรงขับบางอย่าง หรือความไม่เป็นมิตร ที่อาจกระทำต่อวัตถุ บุคคลหรือตนเอง

Thomas (2001) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การที่จิตใจหรือเจตนาทำอันตรายกับผู้อื่น

Barry (2002) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง อารมณ์ที่ประกอบด้วยความคับข้องใจและการไม่พอใจ หรือความรุนแรงของอารมณ์ ซึ่งปกติจะเป็นอารมณ์ที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของทุกคนตั้งแต่เกิด

Janice (2004) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีเจตนาความตั้งใจที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมเหนือผู้อื่น

Hamolia (2005) หมายถึง การแสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งทางด้านร่างกายและทางวาจา หรือการแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเอง ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เป็นการแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม

Valfre (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งทางด้านร่างกายและทางวาจา หรือการแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเอง ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เป็นการแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม

Irwin (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การถูกทำร้ายทางด้านร่างกายและทางด้านวาจา เพียรดี เปี่ยมมงคล (2538) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การกระทำรุนแรงที่สุดของความก้าวร้าว (Aggressive) มีลักษณะที่แสดงออกทันทีทั้งคำพูดและการใช้กำลัง ทำให้บุคคลอื่นบาดเจ็บหรือสิ่งของถูกทำลายเสียหาย

ธีระ ลีตานันทกิจ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึง ความเดือดดาล การทำลาย ล่วงละเมิด การสบประมาท การใช้กำลังโดยพลการ มีลักษณะคือ บันดาลอารมณ์โกรธออกมาอย่างกะทันหัน ใช้กำลังทำให้บาดเจ็บขึ้นทันที หรือทำร้ายบุคคลทำลายสิ่งของหรือองค์กร

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมนัส สูงประสิทธิ์ (2548) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึง การกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สินเสียหายได้

Mc Farland & Thomas (1990) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึง การแสดงออกเป็นผลจากอารมณ์โกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น

Mayhew & Chappell (2001) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การคุกคาม การข่มเหง ผู้ข่มเหง ผู้ร่วมงานหรือผู้ดูแล ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) และพฤติกรรมรุนแรง (Violence) เป็นคำที่มีความหมายของลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกของอารมณ์ที่ใกล้เคียงกัน และถูกนำมาใช้สลับกันไปมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ค้นเมื่อ 28 เมษายน, 2550 ([http : // www.blackwell-synergy.com/action/doSearch](http://www.blackwell-synergy.com/action/doSearch)) พบว่ามีการใช้คำว่าก้าวร้าว (Aggressive) ทั้งหมด 6491 เรื่อง รุนแรง (Violence) ทั้งหมด 3624 เรื่อง และการใช้ทั้งก้าวร้าวและรุนแรง (Aggressive and Violence) ต่อเนื่องกัน โดยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หมายถึง การแสดงออกอย่างรุนแรงสุดของความก้าวร้าวเพื่อการทำลายที่อาจกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งของ เกิดจากความรู้สึกที่ถูกคุกคาม หรือรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในอันตราย อันเป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความกลัว ความรู้สึกผิด และความคับข้องใจ อาจแสดงออกในรูปแบบการพูดจา หยาบคาย จนถึงขั้นแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น โดยการใช้กำลังในการทุบทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองและบุคคลอื่น จนทำให้บาดเจ็บ โดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งมีผลให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ หรือทรัพย์สินเสียหายได้ ([http : // www.blackwell-synergy.com/action/doSearch](http://www.blackwell-synergy.com/action/doSearch), 2550 อ้างถึงใน กริชนรินทร์ นาคบุตร, 2551.)

รจิต เจริญวรรณ และคณะ (2541) หมายถึง เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางอารมณ์ เกิดจากความต้องการหรือความคาดหวังของบุคคลถูกขัดขวาง ทำให้เกิดอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดความโกรธแล้วผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

กรมสุขภาพ (2542) หมายถึง การแสดงออกทางด้านร่างกายและคำพูดต่อตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมในทางมุ่งร้าย ทำร้ายหรือทำลายเพื่อให้บุคคลอื่นหรือตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือเดือดร้อนทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการระบายหรือปลดปล่อยความโกรธ ความคับข้องใจและสิ่งที่ไม่ดีต่างๆ ในใจออกมาเพื่อพิทักษ์ของตนเองหรือปกป้องตนเอง

สรุปความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง คือ การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรงทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก สีน้าท่าทาง คำพูดและการกระทำ ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ ไม่สมหวัง ความโกรธหรือถูกระบาย อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นโดยตรง หรือกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2.2 ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

Yudofsky et al. (1991) ได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด (Verbal violent behavior) ประกอบด้วย การส่งเสียงดัง หรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกคนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเช่นนี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคาม ขู่จะทำร้าย

2) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (Physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมหยิกข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม สีรษะโขกพื้น กำปั้นขกสิ่งของ กระแทกลำตัวกับผนังห้องมีรอยฟกช้ำที่ลำตัว

3) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น (Physical violent behavior against other people) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว ชกต่อย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวม หรือรุนแรงจนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

4) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปัดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง จิกเขียนฝาผนังห้อง ทับกระจก

จิตจำนง ผลพฤษยา (2541) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทั้งทางด้าน อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมกระทำไว้เป็น 3 ลักษณะคือ

1) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ ขาดความอดทน อยู่หนึ่งไม่ได้ อารมณ์ถึงโสด มีท่าทางแสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร ไม่พอใจ เจ็บแค้นผิดปกติ ปฏิเสธความจริง มีความกลัว มีความวิตกกังวลสูง

2) ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ รู้สึกตัวเองซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง หรือนำตัวตาย

3) ด้านพฤติกรรมทั้งคำพูดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพูดด่าทอนินทา วิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ส่งเสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดจนเสียงแหบ คอแห้ง ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่มี ไม่สนใจเรื่องของการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโตน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางอารมณ์สูง ทบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ หาเรื่องวิวาท ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ชกต่อย ทบตี ใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่น

นอกจากนี้ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ยังได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามการแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อตนเอง ดังนี้

1) การกระทำรุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การพูดหยาบคาย ดุด่า การแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคลหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุ การมีอารมณ์หงุดหงิดมาก กระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้อาละวาด ทำอันตรายต่อบุคคล สัตว์หรือทำลายสิ่งของ เป็นต้น

2) การกระทำรุนแรงที่มุ่งเข้าหาตนเอง เช่น การใช้คำพูดตำหนิตนเอง การทำร้ายตัวเอง เช่น ไม่รับประทานอาหาร รับประทานยาเกินขนาด กรีดข้อมือตนเอง จนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น

สรุป ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มีการแบ่งโดยใช้นิยามที่แตกต่างกันในการศึกษาครั้งนี้ใช้นิยามของ Yudofsky et al. (1986) ที่แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ เพราะได้ให้รายละเอียดของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่แสดงออกได้ชัดเจน ครอบคลุม สัมพันธ์กับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (OAS) ของรัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543)

3. ทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

มีหลายทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ดังจะได้นำกล่าวถึงดังต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีของซาลิแวน (Sullivan theory)

ซาลิแวน กล่าวว่า บุคคลใช้ความโกรธเพื่อหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลแล้วตอบสนอง โดยต่อต้านสิ่งที่มาคุกคาม เช่น ทำลายตัวเอง และถ้าความโกรธไม่ได้แสดงออกบุคคลจะรู้สึกโทสะ (Range) มาก แล้วแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ การคล้อยตาม (Conforming) การต่อต้าน (Robelling) การแสดงพฤติกรรมมุ่งร้าย (Malevolent behavior)

3.2 ทฤษฎีของลอเรนซ์ (Lorenz)

เชื่อว่า การก้าวร้าวเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เขาอธิบายว่า การพัฒนาของความก้าวร้าวเป็นการพัฒนาจากภายในโดยสิ้นเชิง ไม่มีอิทธิพลภายนอก (External influence) มาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะก้าวร้าวจะบรรจุอยู่แล้วบนยีนส์ เมื่อไรที่มีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมก็จะเกิดการต่อต้านขึ้น (Fight)

3.3 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemistry Theory)

จากการศึกษาทางกายวิภาคของสมอง พบว่า ลิมบิก (Limbic system) เป็นตัวควบคุมความก้าวร้าว รอยโรคใดๆ ที่ไฮโปธาลามัสและอมิกดาลา สามารถลดหรือเพิ่มพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และจากการศึกษาทางชีวเคมีพบว่า การหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) จากก้าวร้าวได้ และจากการศึกษาทางชีวเคมีพบว่า การหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) จากอะดรีนัล เมดัลลา (Adrenal medulla) อัตราเผาผลาญของโดปามีน (Dopamine) ซีโรโตโคนิน (Serotonin) จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น เทสโตสเตอโรน (Testosterone) โปรเจสเตอโรน (Progesterone) เพิ่มขึ้น จะทำให้ความก้าวร้าวและรุนแรงมากขึ้น

3.4 ทฤษฎีแรงขับ ของ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Drive Theory)

กล่าวว่า แรงขับความก้าวร้าว เป็นสัญชาตญาณของความรู้สึกลอยทางทำลายหรือกำจัด (The instinct for death or thanatos) ซึ่งเป็นแรงขับหนึ่งในสองประเภทของแรงขับที่บุคคลมีมาแต่เกิด แรงขับอีกประเภทหนึ่งคือ แรงขับของความสุข ความพึงพอใจ (Instinct for life eros) แรงขับความก้าวร้าว จะถูกพัฒนาเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ก็ต่อเมื่อแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการทางเพศ (Psychosexual development) บุคคลได้รับความสุขสมใจตามควรแก่เหตุการณ์ ผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสม จะมีพลังความก้าวร้าวติดค้างแฝงอยู่ในจิตส่วนไร้สำนึก และพลังงานส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีที่ค่อนข้างซับซ้อน นับเป็นพลังของจิตที่สำคัญ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลที่มีความขัดแย้งทางจิตใจ พลังส่วนนี้มักเป็นตัวเสริมเพิ่ม จึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความผิดปกติทางพฤติกรรมหลายๆ รูปแบบ

3.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของเบนดูรา

อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลว่า เป็นผลมาจากการสังเกต การเอาอย่าง การลอกเลียน และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งตอบแทนภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้ง รวมถึงการจัดเลาทางสังคม และประสบการณ์ในอดีต ในภาวะที่บุคคลประสบความกดดันทางจิตใจ พลังความกดดันนั้นทำให้บุคคลหาทางออกในหลายรูปแบบ สุดแต่การเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสะสมมาเป็นนิสัย บางคนใช้วิธีเผชิญหน้าอย่างมีเหตุผล บางคนใช้วิธีหนีไปพึ่งสุรา ยาเสพติด บางคนต่อสู้ความก้าวร้าวใช้อำนาจ ใช้วิธีการที่ผิดทำนองคลองธรรม

3.6 ทฤษฎีชีววิทยา (Psychobiologic Theory)

เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐาน ระหว่างมารดาและบุตรมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ความสัมพันธ์อันนี้ได้แก่

ความสัมพันธ์ทางด้านอารมณ์

ความสัมพันธ์ทางด้านร่างกาย

ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสัมพันธ์ของสองอย่างนี้เกี่ยวเนื่องกัน ในขณะที่ทารกถูกกีดกันไม่ให้เคลื่อนไหวและไม่ได้รับการสัมผัส ทำให้สมองไม่เกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะส่วนซีรีบелล์ัม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นสาเหตุให้เกิดการผิดปกติขึ้น การเกิดผิดปกติดังกล่าว คือ ศูนย์ควบคุมความรู้สึغبินดี (Pleasure center) ในสมองได้หายไปมีผลทำให้คนๆ นั้น เกิดความผิดปกติและมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ (Johnson, 1997)

3.7 แนวคิดทางสภาพแวดล้อม (Environmental perspective)

สำหรับลักษณะสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป ที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้นั้น จอห์นสัน (Johnson, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัยหรือชุมชนที่แออัด การขาดปัจจัยที่ด้านที่อยู่อาศัย (Homeless) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้เกิดอาชญากรรม การใช้ยาเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนไม่ได้รับการศึกษาที่พอเพียง หรืออยู่ในภาวะต่งงานมาก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้ นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงโดยภาพรวม ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้ทั้งจากสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรพยาบาล

มีหลายทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กล่าวถึงองค์ประกอบทางจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งไม่ได้ใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งอธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ใช้หลายๆ ทฤษฎีมาอธิบาย

3.8 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยทฤษฎีทางจิตวิทยาประกอบด้วย ทฤษฎีแรงขับ และทฤษฎีทางความคิด

3.8.1 ทฤษฎีแรงขับ (Drive Theory) เป็นทฤษฎีที่มีจุดมุ่งหมายทางพฤติกรรมศาสตร์ คือ การทำนายและควบคุมพฤติกรรม และทฤษฎีแรงขับ (Drive Theory) เป็นทฤษฎีหนึ่งในทางพฤติกรรม โดยเชื่อว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ (Jaques, & Reimer, 2001) แรงขับทางเพศ และพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นแรงขับที่สำคัญที่สุด (Jaques, & Reimer, 2001) โดยมนุษย์จะแสดงออกมา ส่วนสิ่งสำคัญในแนวคิดนี้คือ ความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุมของบุคคล เพื่อต้องการให้สังคมยอมรับ (Jaques, & Reimer, 2001) และในแนวคิดนี้ได้อธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะของความไม่สบายใจที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแรงขับนี้ เป็นแรงขับที่จะผลักดันออกสู่ภายนอก อาจเป็นในรูปแบบของการสร้างสรรค์และทำลายก็ได้

3.8.2 ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive Theories) นักทฤษฎีทางด้านการคิดต่างให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงการกระตุ้นภายในและภายนอก ซึ่งเข้าใจว่าบุคคลจะนำข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ และพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสม โดย (Jaques, & Reimer, 2001) ได้เสนอว่ากระบวนการความคิด เช่น การตัดสินใจ ความมีคุณค่าในตนเอง และความคาดหวัง มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความโกรธ ในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกขู่ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์มีความเข้มข้นขึ้น (Jaques, & Reimer, 2001)

3.9 ทฤษฎีสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Theories)

Sullivan (1995) กล่าวว่า บุคคลจะใช้ความโกรธเพื่อหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และตอบสนองโดยการต่อต้านสิ่งที่มาคุกคามนั้น ถ้าหากความโกรธไม่ได้แสดงออก บุคคลจะรู้สึกมีโทษ กลัวและอาจแสดงพฤติกรรมคล้อยตาม (Conforming) ต่อต้าน (Rebelling) หรือพฤติกรรมมุ่งร้าย (Malevolent behavior) และพฤติกรรมก้าวร้าวจากอารมณ์โกรธ เกิดจากการที่บุคคลถูกขัดขวางไม่ให้ได้รับสิ่งที่ตั้งความคาดหวังไว้ ส่งผลให้เกิดความก้าวร้าว ความรู้สึกคับข้องใจ และถ้าความคาดหวังที่ตั้งไว้สูงมากหรือต้องใช้ความพยายามสูง เพื่อที่จะได้บรรลุตามวัตถุประสงค์แต่ไม่สำเร็จระดับของอารมณ์โกรธที่แสดงพฤติกรรมออกมาทางความก้าวร้าวจะเพิ่มมากขึ้น

3.10 ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theory)

นักทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์มีหลายคน เช่น บี เอฟ สกินเนอร์ (B.F. Skinner) โจเซฟ วูล์ฟ (Joseph Wope) จอนห์ บี วัตสัน (John B. Watson) และไอแวน พี พาฟลอฟ (Ivan P. Pavlov) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีได้มาจากแรงผลักดันภายในตัวบุคคลหรือจากสัมพันธภาพที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เนื่องจากนักทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์เห็นว่าการอธิบายพฤติกรรมด้วยปัจจัยภายในเป็นการอธิบายด้วยสมมติฐาน ไม่สามารถพิสูจน์ได้เชิงประจักษ์ แต่มีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้ และเห็นว่ามนุษย์เป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้ (Mohr, 2003) นักทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ยังเชื่อว่าพฤติกรรมไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือการแก้ไขการเรียนรู้ใหม่เพื่อทดแทนด้วยพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ดังนั้นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์จึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า นักพฤติกรรมศาสตร์ทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์โดยอาศัยการเรียนรู้เป็นพื้นฐาน และผู้ป่วนในความเห็นของนักพฤติกรรมศาสตร์ คือ ผู้ที่มีการเรียนรู้ไม่สมบูรณ์ มีการแสดงออกให้เห็นโดยพฤติกรรม อย่างไรก็ตามสาเหตุของพฤติกรรมที่ผู้ป่วนแสดงออกย่อมมีสิ่งเร้าที่เสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ (ครุณี รุจกรกานต์, 2538)

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของนักพฤติกรรมศาสตร์ เกิดได้ 2 แบบ คือ จากการวางเงื่อนไขแบบพื้นฐาน (Classical Conditioning) และการวางเงื่อนไขชนิดแสดงการกระทำ (Instrumental Conditioning) (ครุณี รุจกรกานต์, 2538)

1.10.1 การวางเงื่อนไขแบบพื้นฐาน (Classical Conditioning) การเรียนรู้จะเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขของสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นแล้วมากกว่าผลของพฤติกรรม การศึกษาในด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของ ไอแวน พาฟลอฟ (Pavlov, 1849-1936) เป็นนักสรีรวิทยาชาวรัสเซีย ได้ทำการศึกษาทดลองกับสุนัข แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ก่อนการวางเงื่อนไข (Before Conditioning) ระหว่างการวางเงื่อนไข (During Conditioning) และหลังการวางเงื่อนไข (After Conditioning) โดยใส่อาหารในปากสุนัข และวัดปริมาณของน้ำลายจากท่อที่ใส่เข้าไปในท่อน้ำลาย พบว่า ตัวกระตุ้นที่นำไปสัมพันธ์กับการให้อาหารสุนัขจะทำให้ น้ำลายไหล ถ้าหากต่อมาให้แค่ตัวกระตุ้นเพียงลำพังก็ตาม โดยพาฟลอฟ อธิบายการทดลองว่า 1) สิ่งเร้าที่เป็นตัวกลาง (Neutral Stimulus) คือ สิ่งเร้าที่ไม่อาจก่อให้เกิดการตอบสนอง 2) สิ่งเร้าที่ปราศจากเงื่อนไข (Unconditioned Stimulus หรือ US) คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการตอบสนองได้ตามธรรมชาติ 3) สิ่งเร้าที่มีเงื่อนไข (Conditioned Stimulus หรือ CS) คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการตอบสนองได้หลังจากถูกวางเงื่อนไขแล้ว 4) การตอบสนองที่ไม่ถูกวางเงื่อนไข (Unconditioned Response หรือ UCR) คือ การตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ 5) การตอบสนองที่ถูกวางเงื่อนไข (Conditioned Response หรือ CR) อาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขพื้นฐานหรือแบบคลาสสิก คือ การตอบสนองที่เป็นโดยอัตโนมัติ เมื่อนำสิ่งเร้าใหม่มาควบคุมกับสิ่งเร้าเดิม เรียกว่า พฤติกรรมตอบสนอง (Respondent Behavior) พฤติกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้ทั้งกับมนุษย์และสัตว์ เงื่อนไขใน Classical Conditioning เป็นเงื่อนไขที่เกิดขึ้นโดยปราศจากแรงเสริม (reinforcement) (ครุณี รุจกรกานต์, 2538)

1.10.2 การวางเงื่อนไขชนิดแสดงการกระทำ (Instrumental Conditioning) การเรียนรู้อาจเกิดขึ้นได้จากการควบคุมเงื่อนไขหรือสิ่งแวดล้อม สกินเนอร์ (B.F. Skinner, 1904-1990) ใช้เทคนิคที่เรียกว่า โอเปอเรนต์ (operant) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักการของสกินเนอร์ คือ การจัดระบบของแรงเสริม เพื่อกระตุ้นการตอบสนองให้เกิดขึ้นตามที่ต้องการ สกินเนอร์มีความคิดว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เป็นแรงเสริม เพื่อให้พฤติกรรมที่เหมาะสมคงอยู่ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงและหายไป สกินเนอร์ ได้แยกการตอบสนองต่อสถานการณ์การเรียนรู้ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การเสริมแรง (Reinforcement) เป็นการตอบสนองให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย แรงเสริมทางบวก (Positive reinforcement) คือ การให้แรงเสริมทันทีทันใดต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แรงเสริมนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นอีก และแรงเสริมทางลบ (Negative reinforcement) คือ สิ่งเร้าที่ถูกจำกัดหรือย้ายออกไปจากสถานการณ์ และเพิ่มโอกาสของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้น การเสริมแรงทางลบต่างจากการเสริมแรง

ทางบวก เนื่องจากเป็นการย้ายออกของภาวะหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ในขณะที่การเสริมแรงบวก เป็นการให้สิ่งเร้าที่พึงประสงค์ แต่ผลของทั้งสองเหมือนกันคือ เพิ่มความแข็งแกร่งของพฤติกรรม ในความหมายเช่นนี้ทั้งสองเป็นเหมือนรางวัล

2) การลบพฤติกรรมชั่วคราว (Extinction) เป็นการระงับการเสริมแรง เป็นเงื่อนไขให้บุคคลรู้ว่าถ้าทำเช่นนั้นจะไม่ได้การเสริมแรงที่เคยได้อีกต่อไป วิธีการนี้สามารถ นำมาใช้กับผู้เรียนได้ โดยผู้ใช้ต้องรู้จักสังเกตว่าผู้เรียนเคยได้รับการเสริมแรงจากวิธีการใดมา มากน้อยเพียงใด และพฤติกรรมชนิดใดจะใช้วิธีการการลบพฤติกรรมชั่วคราวได้ผล (ครุณี รุจกรกานต์, 2538)

3) การลงโทษ (Punishment) เป็นการตอบสนองที่ไม่น่าพึงพอใจเพื่อลด ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้นๆ การลงโทษต่างจากการเสริมแรงทางลบ เนื่องจากการลงโทษ เป็นการให้สิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์หรือย้ายสิ่งเร้าที่ดีไป ส่วนแรงเสริมทางลบเป็นการย้ายหรือลดสิ่ง ที่ไม่พึงประสงค์ แรงเสริมทางลบจะทำให้การตอบสนองแข็งแกร่ง แต่การลงโทษทำให้เกิดการเก็บ กกดพฤติกรรม บางครั้งทำให้เกิดการต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงเกิดขึ้น (Mohr, 2003) การให้แรงเสริม อาจเกิดการเรียนรู้ช้ากว่า แต่เป็นการเรียนรู้ที่คงอยู่นาน และเกิดขึ้นด้วยความรู้สึกที่ดีของผู้เรียน

3.11 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theories)

นักทฤษฎีที่สำคัญคือ Albert Bandura ซึ่งกล่าวว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการสังเกต เอาแบบอย่าง การลอกเลียนแบบ และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่ง ตอบแทนภายนอก การแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้ง เป็นความกดดันที่บุคคลหาทางออกในหลาย รูปแบบขึ้นอยู่กับความรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสั่งสมจนกลายเป็นนิสัย (Bandura, 1997) บุคคล นั้นมีการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) อย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคล (Person) และสิ่งแวดล้อม ซึ่งทฤษฎี นี้กล่าวถึงการเรียนรู้โดยใช้ตัวแบบ (Learning Through Modeling) โดยผู้เรียนจะเลียนแบบจาก ตัวแบบ และการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรม ของตัวแบบ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกระทำหรือการปฏิบัติของตัวแบบ คำบอกเล่าเกี่ยวกับตัวแบบ ความน่าเชื่อถือของตัวแบบ ฯลฯ ผลจากการสังเกตทำให้ผู้สังเกตสามารถเลียนแบบพฤติกรรมของ ตัวแบบ หรือพฤติกรรมใหม่ๆ ได้ ทำให้ไม่ต้องลองผิดลองถูก ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเรียนรู้เป็น อย่างยิ่ง (Bandura, 1997) มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เช่นเดียวกับ พฤติกรรมอื่นๆ

โดยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้อธิบายความก้าวร้าวออกเป็น 3 ลักษณะ (Bandura, 1997) ดังนี้

3.11.1 การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Origin of Aggression) เกิดจากการเรียนรู้ 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือ การสังเกต เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ผู้สังเกตจะเรียนรู้วิธีการในการแสดงพฤติกรรมนั้นในเวลาต่อมา Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้จากการ

สังเกตเป็นกระบวนการทางปัญญาร่วมด้วย โดยบุคคลจะคาดหวังผลที่จะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ความคาดหวังจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญ การสังเกตประกอบไปด้วยความสนใจพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดง ซึ่งทำให้เกิดความเด่นชัดของตัวแบบหรือพฤติกรรม รวมถึงลักษณะเฉพาะตัวของผู้สังเกตด้วย ประการต่อมาคือ การจดจำ การจดจำแบบมีอิทธิพลต่อผู้สังเกต โดยจะเกิดในลักษณะของสัญลักษณ์ เช่น คำพูด จินตภาพ หรือสัญลักษณ์อื่นๆ ลักษณะที่สองคือการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง คือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับรางวัล หรือแรงเสริม พฤติกรรมนั้นก็จะเกิดขึ้นอีกในโอกาสต่อไป

3.11.2 ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Instigator of Aggression) คือ ประสบการณ์การเรียนรู้ ได้แก่ อิทธิพลของตัวแบบทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์จริง หรือสถานการณ์จำลอง สิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การต่อสู้ การทำร้ายร่างกาย การถูกเหยียดหยาม หรือการถอดถอนแรงเสริม ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือความโกรธ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย ประการต่อมาสิ่งจูงใจ ส่วนใหญ่พฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลเกิดจากความคาดหวังผลทางบวก ตัวกระตุ้นคือ แรงเสริมที่บุคคลคาดหวัง ส่วนการควบคุมด้วยการสอน ในการอบรมเลี้ยงดูนั้นบุคคลถูกฝึกให้เชื่อฟังกฎระเบียบต่างๆ ผู้ฝึกจะให้รางวัลแก่การเชื่อฟังและลงโทษการไม่เชื่อฟัง วิธีการลงโทษที่รุนแรงยอมทำให้บุคคลเกิดความก้าวร้าวได้ เพราะทำให้บุคคลคับข้องใจ และเห็นตัวแบบที่ก้าวร้าวด้วย นอกจากนี้การควบคุมด้วยสิ่งที่เป็นภาษา เป็นสิ่งเร้าภายนอกที่เกิดจากความเชื่อถือที่ผิด บางครั้งอาจทำให้บุคคลก้าวร้าวได้

3.11.3 การเสริมแรงด้วยความก้าวร้าว (Reinforcement of Aggression) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ แรงเสริมภายนอก เมื่อบุคคลแสดงความก้าวร้าวแล้วได้รับแรงเสริมพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นจะคงอยู่ แรงเสริมที่ได้จากการสังเกต บุคคลจะสังเกตและลอกเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวแบบที่ได้รับรางวัลมากกว่าตัวแบบที่ไม่ได้รับรางวัล ดังนั้นตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและได้รับรางวัลจะเป็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพ แรงเสริมที่ได้จากการสังเกตจะทำให้หน้าที่ให้ข้อมูลและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามอย่าง สุดท้ายคือ แรงเสริมที่เกิดจากตัวเอง ได้แก่ ศักดิ์ศรีของผู้อื่น เช่น การพุดนินทา หรือคำหิณยานผู้อื่น จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น เกิดความพึงพอใจระบายนความคับข้องใจได้

นอกจากนี้ลักษณะของตัวแบบยังมีความสำคัญที่จะดึงดูดความสนใจของผู้สังเกต หรือผู้ต้องการจะเลียนแบบ หากว่าตัวแบบนั้นเป็นตัวแบบที่สามารถแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้สังเกตสามารถเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม เป็นตัวแบบที่มีชื่อเสียง มีความน่าเชื่อถือ และเป็นตัวแบบที่ได้รับการคัดเลือกแล้วว่าเป็นตัวอย่างที่ดีและเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้เลียนแบบมั่นใจที่จะเลียนแบบนั้นมากขึ้น

ประเภทของเทคนิคตัวแบบ โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้แบ่งตัวแบบไว้ 2 ชนิด คือ 1) การเสนอตัวแบบจากชีวิตจริง (Live Model) การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้เป็นการให้ผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบในสถานการณ์จริง ซึ่งมีข้อดีคือตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อให้การแสดงพฤติกรรมชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น การเสนอตัวแบบวิธีนี้ช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบ และลอกเลียนพฤติกรรมของตัวแบบได้ดีกว่าการเสนอตัวแบบวิธีอื่น (Bandura, 1997) แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ต้องระมัดระวังเรื่องการควบคุมผลกระทบ เพราะอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดการณืไว้ล่วงหน้าเกิดขึ้น ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกระทบที่พึงพอใจตามที่ได้รับ 2) การเสนอตัวแบบในรูปสัญลักษณ์ (Symbolic Model) การเสนอตัวแบบลักษณะนี้ ได้แก่ การเสนอตัวแบบจากภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ เทปบันทึกเสียง สไลด์ หนังสือ หุ่นกระบอก หรือการ์ตูน ฯลฯ ซึ่งเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้เรียบร้อยแล้ว ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และยังสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ ทั้งยังสามารถเก็บไว้ใช้ในการให้ตัวแบบครั้งต่อไปได้ และยังสามารถใช้ได้ทั้งบุคคลเดี่ยวหรือกลุ่มบุคคลได้

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการนำมาใช้ เป็นแนวทางทฤษฎีในการสอนการจัดการกับความโกรธให้กับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งความโกรธถือเป็นเหตุเบื้องต้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยเสนอให้ผู้ป่วยได้สังเกตและเรียนรู้ต้นแบบที่ดี สามารถนำแบบอย่างที่ดีไปใช้ในการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน

3.12 แนวคิดทางสภาพแวดล้อม (Environment perspective)

จอห์นสัน (Johnson, 1997) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ที่อยู่อาศัยหรือชุมชนที่แออัด การขาดปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย (homeless) ส่งผลทำให้เกิดอาชญากรรม การใช้สารเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนรับการศึกษาที่ไม่เพียงพอหรืออยู่ในภาวะที่ต่งงานมาก ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความรุนแรงตามมาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชนั้น อาจเกิดทั้งจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล (Burrow, 1994; Cardwell, 1984)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้สึกโกรธเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ระดับความโกรธจะรุนแรงขึ้นและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา กลไกการพัฒนาและการแสดงความรู้สึกโกรธ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งคุกคามหรือถูกขัดขวางความต้องการ ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล เมื่อความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ และบุคคลจะแสดงความรู้สึกโกรธออกมาภายนอก ด้วยความแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

และรุนแรง ดังนั้นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จึงต้องศึกษาหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีวิธีการในการจัดการกับความโกรธที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง

3.13 แนวคิดด้านชีวภาพ (Biological theory)

จากการศึกษาของ Jaques และ Reimer (1991) พบว่า สมองที่สำคัญ 3 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าวคือ ระบบลิมบิก สมองส่วนหน้า และสมองส่วนข้าง รวมถึงสารสื่อประสาท บางตัวที่มีผลต่อการแสดงออกหรือการกดเก็บพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

ระบบลิมบิก (Limbic system) เกี่ยวข้องกับการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล เช่น การกิน ความก้าวร้าว การตอบสนองทางเพศ และเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลและความจำของบุคคล การสังเคราะห์ข้อมูลมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ทางอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบลิมบิก จึงมีผลต่อการกระตุ้นหรือยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของบุคคล

สมองส่วนหน้า (frontal lobes) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการกระทำ ตั้งใจทำ และการคิดที่มีเหตุผล สมองส่วนหน้าจึงเป็นส่วนหนึ่งของสมองที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และเหตุผล ถ้าสมองส่วนหน้าถูกทำลายอาจมีผลให้การตัดสินใจบกพร่อง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีปัญหาการตัดสินใจ มีพฤติกรรมเกร และก้าวร้าวได้

สมองส่วนข้าง (temporal lobes) มีบทบาทเกี่ยวกับการจำ การตีความของสิ่งเร้าทางหู ปัญหาของสมองส่วนข้างมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) พฤติกรรมก้าวร้าวอาจเกิดขึ้นระหว่างหรือภายหลังการชักก็ได้ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมองส่วนหน้าและระบบลิมบิก ก่อให้เกิดวงจรของอารมณ์ (emotional circuit) ซึ่งมีการเชื่อมต่อของกระบวนการความคิดของสมองส่วนหน้ากับกระบวนการทางอารมณ์ของระบบลิมบิก และการทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิดของระบบลิมบิก และสมองส่วนข้าง วงจรของอารมณ์นี้จะกำหนดการรับข้อมูลเฉพาะสถานการณ์ปัจจุบันแล้วผสมผสานประสบการณ์ในอดีตกับปัจจุบัน ตามความเชื่อและความทรงจำที่สะสมอยู่ของบุคคล สำหรับบุคคลที่มีความก้าวร้าวอาจเกิดจากการรับข้อมูลในแต่ละสถานการณ์คลาดเคลื่อนจากการรับรู้ของบุคคลปกติ หรือจากการยอมรับของสังคม ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่ามีการตอบสนองผิดปกติในส่วนของสมองที่รับผิดชอบ และควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์

สารสื่อประสาท (neurotransmitters) เป็นสารเคมีในสมอง (brain chemicals) ที่มีการติดต่อระหว่างปลายประสาท โดยการเชื่อมต่อ ซึ่งมีผลต่อการสื่อสารระหว่างโครงสร้างของสมอง (brain structures) ดังนั้นการเพิ่มหรือลดของสารเหล่านี้จึงมีผลต่อพฤติกรรม นั่นคือการเปลี่ยนแปลงของความสมดุลในส่วนประกอบนี้ของสารเคมีสามารถเพิ่มหรือยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าวได้ สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว คือ สารเคมี 4 ตัว ได้แก่ ซีโรโทนิน

โดปามีน นอร์อิพิเนพรีน และอะซิติลโคลีน กับกาบา (Jaques & Reimer, 2001) ซีโรโทนิน คือ สารสื่อประสาทหลักที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ การนอน และความอยากอาหาร ระดับซีโรโทนินที่ต่ำลงต่างมีความเชื่อมโยงที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเพียงอารมณ์ซึมเศร้า แต่ยังรวมถึงสิ่งที่ทำให้โกรธ ความไวในการรับรู้ถึงการเจ็บปวด สภาพจิตใจที่มีการกระทำโดยไม่ยั้งคิด รวมถึงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Jaques & Reimer, 2001)

สรุป แนวคิดด้านชีวภาพ บอกว่า การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากสมองส่วนที่สำคัญ 3 ส่วน คือ ระบบลิมบิก สมองส่วนหน้า และสมองส่วนข้าง รวมถึงสารสื่อประสาทมีบทบาทสำคัญในการแสดงออกหรือเก็บกดพฤติกรรมก้าวร้าว

4. วงจรของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

หากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชมีความรู้ ความเข้าใจในวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในแต่ละระยะ จะสามารถให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ ซึ่งมีผู้ศึกษาวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงไว้ดังนี้

Videbeck (2001 cited in Kelther, Schreck & Bostrom, 1999) และธีระ ลาลานันทกิจ (2541) ได้เสนอแนวคิดวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระยะ (The stage of the assault cycle) คือ

ระยะที่ 1 มีสิ่งกระตุ้น (Triggering) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโกรธ กระสับกระส่าย วิตกกังวล ไวต่อสิ่งที่กระตุ้น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเร็ว เหงื่อออกมาก พูดเสียงดัง

ระยะที่ 2 เมื่อมีสิ่งที่มีมากระตุ้น ก็จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Escalation) ผู้ป่วยจะแสดงการเคลื่อนไหวมากขึ้น บางคนก็อาจจะขาดการควบคุมและจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ ใบหน้าซีดขาว หรือแดงช้ำ ตะโกนพูดคำหยาบ ไม่เป็นมิตร ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวายใจ สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา

การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้คือ ควบคุมความก้าวร้าวโดยรักษาระยะห่างที่ปลอดภัย บอกถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าจำเป็นอาจให้การรักษาด้วยยาและพาผู้ป่วยไปบริเวณที่สงบ (ธีระ ลาลานันทกิจ, 2541)

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤต (Crisis) ถ้าไม่มีการช่วยเหลือในระยะที่ 2 ก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามมา มีการแสดงออกทางร่างกาย ในระยะนี้ความพยายามในการพูดคุย จะไม่ค่อยได้ผลดี การช่วยเหลือจะต้องลงมือควบคุมแบบฉุกเฉิน (Emergency protocol) เริ่มจำกัดบริเวณให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 4 เป็นระยะคืนสู่ภาวะปกติ (Recovery) ซึ่งจะสามารถควบคุมตัวเองได้ ในระยะนี้ถ้าให้ช่วยเหลือให้เข้าสู่วิกฤตได้เร็วขึ้น แต่ถ้าใช้การข่มขู่จะกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อีก การช่วยเหลือให้ความมั่นใจให้กำลังใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงพฤติกรรม และทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหา เมื่อผู้ป่วยควบคุมได้ดีแล้วก็ปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นอิสระ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เริ่มเข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่อีกครั้ง (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541)

ระยะที่ 5 ระยะหลังภาวะวิกฤต (Post-Crisis depression) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการสงบลงมาก บางคนอาจนอนหลับ ควรใช้การพูดคุยเป็นรายบุคคล ค้นหาว่าอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นในระยะนี้ถ้าการช่วยเหลือไม่เหมาะสม สามารถกลับสู่ภาวะวิกฤตได้อีก

5. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

5.1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

5.1.1 Chou et al., (2002) ได้ใช้แบบประเมิน OAS ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้วันกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 855 ราย เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ทำร้ายร่างกายมากที่สุด จากการใช้แบบประเมิน OAS พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ทำร้ายร่างกายคนอื่น 473 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.3 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางสิ่งของ 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.1 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้านคำพูด 176 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.6 ผู้ป่วยจิตเวชชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมากกว่าจิตเวชหญิง แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้านคำพูดมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชชาย

5.1.2 รัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรง สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งแปลมาจาก The Overt Aggression Scale for Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Yudofsky et al., (1986) มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยใช้ Overt Aggression Scale : OAS ซึ่งประกอบด้วย ความก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด ก้าวร้าวและรุนแรงทางร่างกายต่อวัตถุสิ่งของ ก้าวร้าวและรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง และก้าวร้าวและรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผูกขี้ด และลดอุบัติเหตุที่เกิดจากผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรง กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวช ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การตั้งทีมสหวิชาชีพร่วมกัน โดยการประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุ จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ลงมือปฏิบัติตาม

แนวทางที่จัดทำขึ้น ประเมินผลและปรับปรุงผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรมและญาติมีความพึงพอใจ

ซึ่งแบบประเมิน Over Aggression Scale ฉบับแปลภาษาไทยของรัชชัย กฤษณะ ประกรกิจ และคณะ (2543) ได้เพิ่มการกำกับระดับความก้าวร้าวและรุนแรง เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในทางปฏิบัติ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง อาการสงบ

ระดับ 1 หมายถึง อารมณ์หงุดหงิด เริ่มส่งเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง
ทิ้งสิ่งของกระจัดกระจาย แต่ยังฟังคำเตือน แล้วสงบได้

ระดับ 2 หมายถึง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ คำคำหยาบ คุกคาม ขว้างปาสิ่งของ
เตะเก้าอี้ ทบโตะกำแพงตีตนเอง ดึงผม ข่วน ทำท่าต่อข่ม ชูจับเสื้อผ้า มีท่าทีที่อาจเกิดอันตราย
ต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

ระดับ 3 หมายถึง การชู่จะฆ่าทุบกระชก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว - จาน กรีดแขน
ตนเองรอยขีด กัดจนเลือดออก เกิดการบาดเจ็บซ้ำววมเป็นแผลลึก ข้างใน ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และ
ทรัพย์สิน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีอาวุธ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะและระดับความก้าวร้าวและรุนแรงของพฤติกรรม

การแสดงออก	รุนแรงระดับ 1	รุนแรงระดับ 2	รุนแรงระดับ 3
คำพูด	หงุดหงิด ใช้เสียงดัง	คำคำหยาบ คุกคาม	ชู่จะฆ่า
ทำลายสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง ทิ้งสิ่งของกระจัด กระจาย	ขว้างปาสิ่งของ เตะเก้าอี้ ทบโตะ กำแพง	ทุบกระชก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว-จาน
ทำร้ายร่างกาย	-	ตีตนเอง ดึงผม ข่วน	กรีดแขนตนเอง รอยขีด กัดจนเลือดออก
ทำร้ายคนอื่น	-	ทำท่าต่อข่ม ชู จับเสื้อผ้า	เกิดการบาดเจ็บ ซ้ำววม เป็นแผลลึก ข้างใน

(รัชชัย กฤษณะ ประกรกิจ และคณะ, 2543)

6. การป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

6.1 Hamolia (2005) ได้กล่าวว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
สามารถทำได้หลายวิธี คือ 1) กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) เช่น การตระหนักรู้ใน
ตนเองของพยาบาล (Self-awareness) สอนผู้ป่วยให้มีความรู้และฝึกทักษะการกล้าแสดงออก และ

ทักษะการบอกความต้องการที่เหมาะสม (Assertive training) 2) กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory) เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสื่อสารและการใช้ยา 3) กลยุทธ์การป้องกันไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้น (Containment strategies) เช่น การจัดการกับภาวะวิกฤต การใช้ห้องแยกและการผูกข้อมือ

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ความต่อเนื่องในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง ตามแนวคิด Hamolia (2005)

กลยุทธ์การป้องกัน	กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน	กลยุทธ์การป้องกันไม่ให้ความรุนแรงเกิดขึ้น
การตระหนักรู้ในตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก การบอกความต้องการที่เหมาะสม	การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ยา	การจัดการในภาวะวิกฤต วิธีการเข้าถึงผู้ป่วย การใช้ห้องแยก การใช้การผูกข้อมือ

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ความต่อเนื่องในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง ตามแนวคิดของ Hamolia (2005) โดยได้อธิบายถึงการพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี ดังนี้

6.1.1 กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) ได้แก่

1) การตระหนักรู้ในตนเอง (Self – awareness) การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล คือ ความสามารถในการใช้ความเป็นตนเองในการช่วยเหลือผู้อื่น หากพยาบาลมีการตระหนักรู้ในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พยาบาลต้องตระหนักในความคิดของตนเองว่า อาจจะมีผลต่อความสามารถในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ถ้าพยาบาลมีความวิตกกังวล โกรธ หรือเฉยเมย ก็จะทำให้มีความกังวลใจและกลัวผู้ป่วย ทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อการบำบัด แต่ถ้าพยาบาลมีการตระหนักรู้ในตนเองตลอดเวลา ก็จะทำให้มีความมั่นใจในการดูแลปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient education) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความยากลำบากในการแยกความรู้สึก ความต้องการ หรือความปรารถนา และมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร ความรู้สึกความต้องการหรือความปรารถนาเหล่านี้กับผู้ป่วย ดังนั้นการสอนเรื่องทักษะการจัดการกับความโกรธ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavio (1999) ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยให้ฝึกใช้การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกโกรธได้อย่างเหมาะสม เป็นการควบคุมการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

3) การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertive training) Hamolia (2005) ได้อธิบายถึงการฝึกทักษะในการสื่อสาร การสอนทักษะ การสื่อสารเพื่อแสดงความคิดเห็นเป็นสิ่งสำคัญในการให้การช่วยเหลือทางการพยาบาล สัมพันธภาพที่ขัดแย้งจะทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพราะผู้ป่วยไม่มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็นเป็นทักษะพื้นฐาน ประกอบด้วย การสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น การพูดที่เป็นเหตุเป็นผล การพูดเมื่อรู้สึกไม่พอใจ การพูดที่แสดงความชื่นชมที่เหมาะสม

6.1.2 กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory strategies) ได้แก่

1) การวางแผนการสื่อสาร (Communication strategies) เป็นวิธีการที่จะช่วยลดความรุนแรงลง ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เรียกว่าการลดความรุนแรงลงอย่างเป็นขั้นตอน (De-escalation) การพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง ด้วยท่าทีผ่อนคลาย ไม่คุกคามผู้ป่วย การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลจะช่วยลดพฤติกรรมผู้ป่วยที่วุ่นวายได้ ควรใช้น้ำเสียงที่สื่อความมั่นคงทางจิตใจ ควรเรียกชื่อผู้ป่วยและบอกชื่อตนเองทุกครั้ง ควรบอกให้ผู้ป่วยรู้ตัวทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล โดยใช้คำพูดสั้นๆ ง่าย ๆ ไม่ควรละเลยความรู้สึกผู้ป่วย

2) การวางแผนทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental strategies) สิ่งแวดล้อมที่เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งแวดล้อมตลอด 24 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยควรได้รับขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การนอน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การอาบน้ำ และกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในหอผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ให้สมบูรณ์ จะต้องอาศัยบุคลากรของทีมสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด และนักนันทนาการบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

3) การวางแผนทางด้านพฤติกรรม (Behavioral strategies) หากการให้การช่วยเหลือทางการพยาบาล รวมถึงการประยุกต์องค์ความรู้ด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาในการจัดการทางด้านพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการสนทนา พุดคุยก็จะใช้วิธีการกำหนดเวลา (Setting Limits) ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจ เลือกแนวทางในการควบคุมความรู้สึกของตนเองในเชิงเหตุผล การใช้วิธีการกำหนดเวลา (Setting limits) ไม่ใช่การลงโทษ แต่เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง ในการจำกัดบริเวณต้องมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง และเคารพในตัวคนของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และจะต้องไม่ตัดสินใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางดังต่อไปนี้

3.1) การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่งๆ (Holding patient) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมา จะมีทั้งอารมณ์และทางร่างกาย วิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางร่างกายของผู้ป่วยนั้น วิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผลคือการทำให้ผู้ป่วยหยุดการ

เคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการใช้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายไปทำร้ายผู้อื่น พยาบาลต้องไปจัดการพฤติกรรม ในการเข้าไปจัดการควรมีนุเคราะห์ที่ช่วยเหลืออย่างน้อย 2 คน เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ที่สำคัญคือพยาบาลจะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองถูกคุกคาม พยาบาลจึงควรมีความมั่นคงไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วย หรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วย เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัว ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงมากยิ่งขึ้น บางครั้งพยาบาลหรือบุคลากรอาจได้รับอันตราย เนื่องจากถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายได้ ดังนั้นการจัดการควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและระมัดระวัง (Kozub & Skidmore, 2001; Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กษพงศ์ สารการ, 2542)

3.2) การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (Isolation without seclusion) เช่น การใช้วิธีแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ สิ่งกระตุ้นชั่วคราว (Time-out) โดยไม่จำเป็นต้องใช้ห้องแยก พยาบาลใช้วิธีการนี้ในกรณีที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยนั้น ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสิ่งของมาก ผู้ป่วยยังรับฟังคำแนะนำ ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลงได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้านคำพูดหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยควรได้รับการแยกออกจากสถานการณ์ก่อน เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น อาจพาผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณที่สงบ ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ปลอดภัย จะช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ในช่วงเริ่มต้นมีความรุนแรงลดลง ก่อนที่พยาบาลจะให้การจัดการด้วยวิธีอื่นต่อไป (ทวีชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

3.3) การใช้วิธีเบี้ยยอรรถกร (Token Economy) ในผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนนิสัย หรือสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เป็นการให้รางวัลแก่ผู้ป่วย รางวัลที่ให้อาจเป็นเบี้ยหรือสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยอาจนำไปแลกเปลี่ยนสิ่งของ หรืออาจให้เป็นดาวแต้มคะแนน เป็นตัวเสริมแรงที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงตัวอื่นๆ ได้ (Homolia, 2005)

4) การให้ยารักษาอาการทางจิตเวช (Psychopharmacology) การให้ยาเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในหนึ่ง ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (Allen, 1994) การให้ยาฉีดทันที (Immediate medication given by injection) ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยวิธีการต่างๆ แล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงอยู่ พยาบาลอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็ว และลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและสิ่งของได้ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Benzodiazepines, Lithium, Propranolol ในการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงนั้น ต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเกิดขึ้น พยาบาลจะให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ

เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทานยา เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ก่อนที่จะให้การพยาบาลขั้นตอนอื่นต่อไป ซึ่ง Rickelmen (1997 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542) ได้กล่าวว่า การดูแลหลังให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้วบุคลากรจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นยาที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว และออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ในการพิจารณาวางแผนการพยาบาลต่อไป

6.1.3 กลยุทธ์การป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น (Containment strategies)

การจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เป็นวิธีการเข้าถึงผู้ป่วย จำเป็นต้องระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองหรือยับยั้งตนเองในการทำร้ายผู้อื่นได้ เช่น ไม่ควรเข้าไปพูดคุยตามลำพังหรือเข้าไปใกล้เกินไป ควรจะมีบุคคลอื่นที่สามารถจะช่วยเหลืออยู่ได้ทันที ควรสังเกตว่ามีอะไรที่ผู้ป่วยสามารถหยิบฉวยมาเป็นอาวุธได้ เมื่อการพูดคุยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ คงต้องใช้วิธีการเข้าห้องแยก การผูกข้อมือ หรือการให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความพร้อมและแข็งแรงที่จะสามารถจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ กลยุทธ์การป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น มีดังต่อไปนี้

1) การแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก (Seclusion) การแยกผู้ป่วยจะใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ออกมาและส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกเป็นการปรับพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งในการจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สงบสติอารมณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือรบกวน โดยบอกผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ต้องนำผู้ป่วยไว้ในห้องแยก ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกละเมิด อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น สนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพส่วนบุคคล จัดให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารอย่างเหมาะสม ให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อนำผู้ป่วยออกจากห้องแยกและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของตนเองได้

2) การผูกข้อมือผู้ป่วย (Use restraint) การผูกข้อมือผู้ป่วยเป็นวิธีการสุดท้ายหรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว เช่น การใช้ยาและการพูดคุยกับผู้ป่วย พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่จะนำไปสู่การผูกข้อมือนั้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมถูกคามผู้อื่นด้วยคำพูด และข่มขู่ด้วยอาวุธหรือสิ่งของ การใช้ผ้าสำหรับผูกข้อมือเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย มักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเอง คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ก่อให้เกิดอันตรายต่อคนอื่น ตนเอง สิ่งของ อยู่หนึ่งไม่ได้ มักหลบหนีออกจากโรงพยาบาล

การผูกมัดผู้ป่วยอาจต้องใช้บุคลากรถึง 4-5 คน ในการเข้าหาผู้ป่วยพร้อมๆ กัน จับผู้ป่วยพร้อมกัน จับแขนขา 4 ด้าน อีกคนผูกมัดตัวผู้ป่วย โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ สิ่งที่ถูกมัดไม่ควรรัดแน่นจนเกินไปให้ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายได้บ้างพอควร (วไลวรรณ คชศิตา, 2545) ดังนั้นเมื่อต้องใช้ในการผูกมัด สิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ คือ เริ่มตั้งแต่เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ เตรียมห้องและเตียงที่จะใช้ผูกมัดผู้ป่วย ตลอดจนเตรียมทีมผู้รักษาให้พร้อม (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) การผูกมัดต้องทำอย่างรวดเร็วและมั่นคง แต่ไม่ทำรุนแรงและใช้เวลาในการผูกมัดน้อยที่สุด (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541) การผูกมัดที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วยคือ ผูกมัดข้อมือและข้อเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสได้เคลื่อนไหวส่วนแขนและขา ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดหรือ ถูกจำกัดพฤติกรรมมากเกินไป ซึ่งการจัดการด้วยวิธีการผูกมัดผู้ป่วย พยาบาลควรตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีนี้ เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจ คำหิวนุเคราะห์ โกรธ วิตกกังวลได้ ดังนั้นจึงควรมีการทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการแสดงออกมา ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและประเมินว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวพยาบาล (Yudofsky, et al., 1986 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542) ขณะผูกมัดต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่องความปลอดภัยและความสุขสบาย (Beven, 2002)

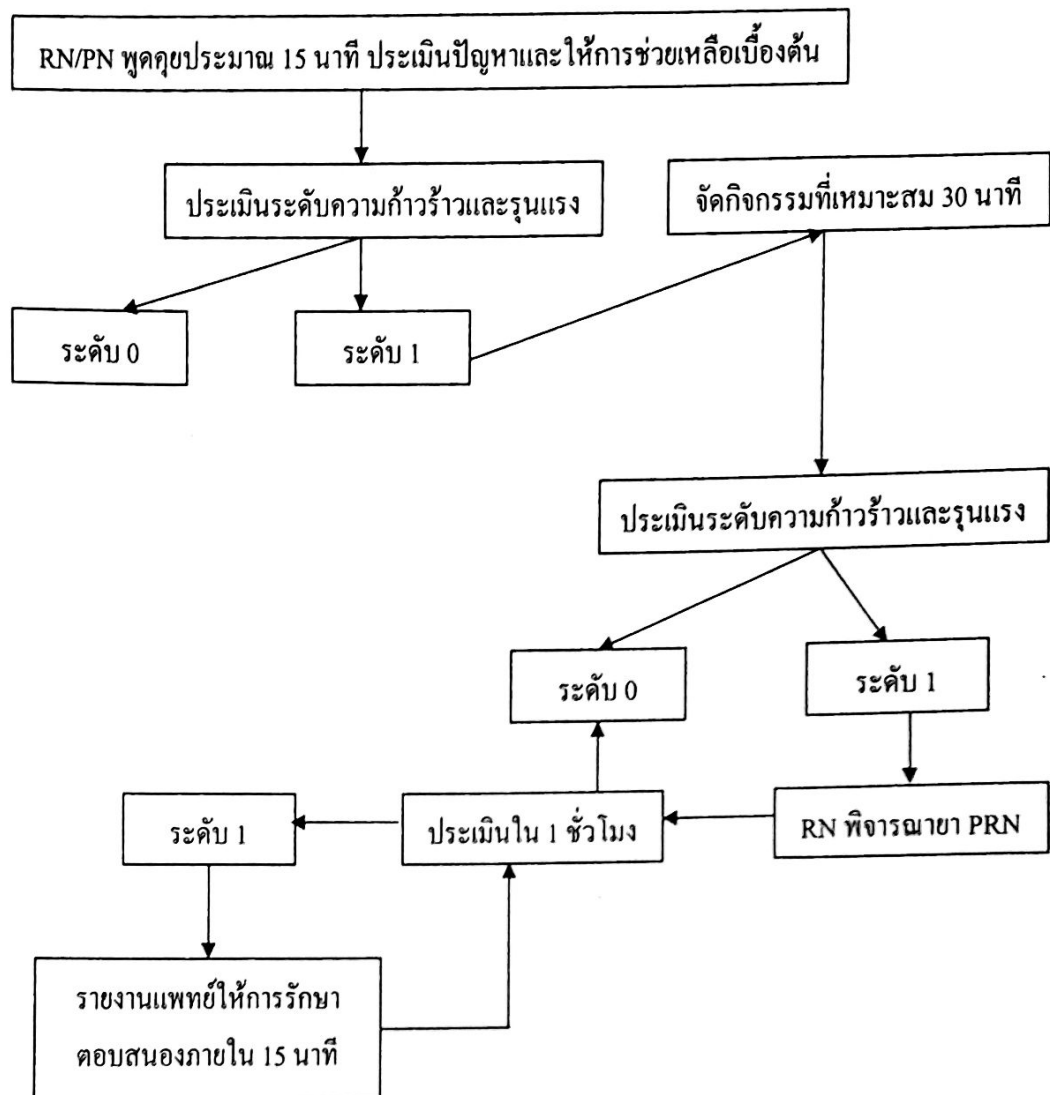
การที่จะบรรเทาอุปสรรคนี้ ทักษะคิดของพยาบาลที่มีต่อการจำกัดพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญ การจำกัดพฤติกรรมไม่ได้นำมาใช้เพื่อการลงโทษผู้ป่วย (Punishment) แต่นำมาใช้เพื่อการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง ด้วยวิธีการให้การเสริมแรงทางบวก (Negative reinforcement) ยกเลิกการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยเร็ว เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้แล้ว และเมื่อผู้ป่วยเป็นอิสระ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกในระหว่างการถูกจำกัดพฤติกรรม และอธิบายให้ผู้ป่วยรู้ถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดพฤติกรรมประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจากผู้ป่วยได้ถูกจำกัดพฤติกรรมแล้ว พยาบาลควรมีการอภิปราย พูดคุยร่วมกับทีมพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และเปิดโอกาสให้พยาบาลแสดงความรู้สึกของตนเอง ระหว่างการให้พยาบาลผู้ป่วย ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความกังวลใจของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต่อไป (มานิช หล่อตระกูล, 2539; ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541)

6.2 รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) พัฒนารูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงระดับต่างๆ ตามแบบประเมิน OAS ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงระดับ 1 เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลจะใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 15 นาที ประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ แต่ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 ให้กิจกรรมที่เหมาะสม 30 นาทีแล้วประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่

ห่างๆ ถ้าประเมินได้ระดับ 1 พยาบาลวิชาชีพพิจารณาติดตามความจำเป็นและเฝ้าระวังสังเกต
อาการ ประเมินซ้ำใน 1 ชั่วโมง ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 รายงานแพทย์ให้การรักษา แพทย์ตอบสนอง
ภายใน 15 นาที และให้พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ประเมินใน 1 ชั่วโมง

ภาพที่ 1 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 1

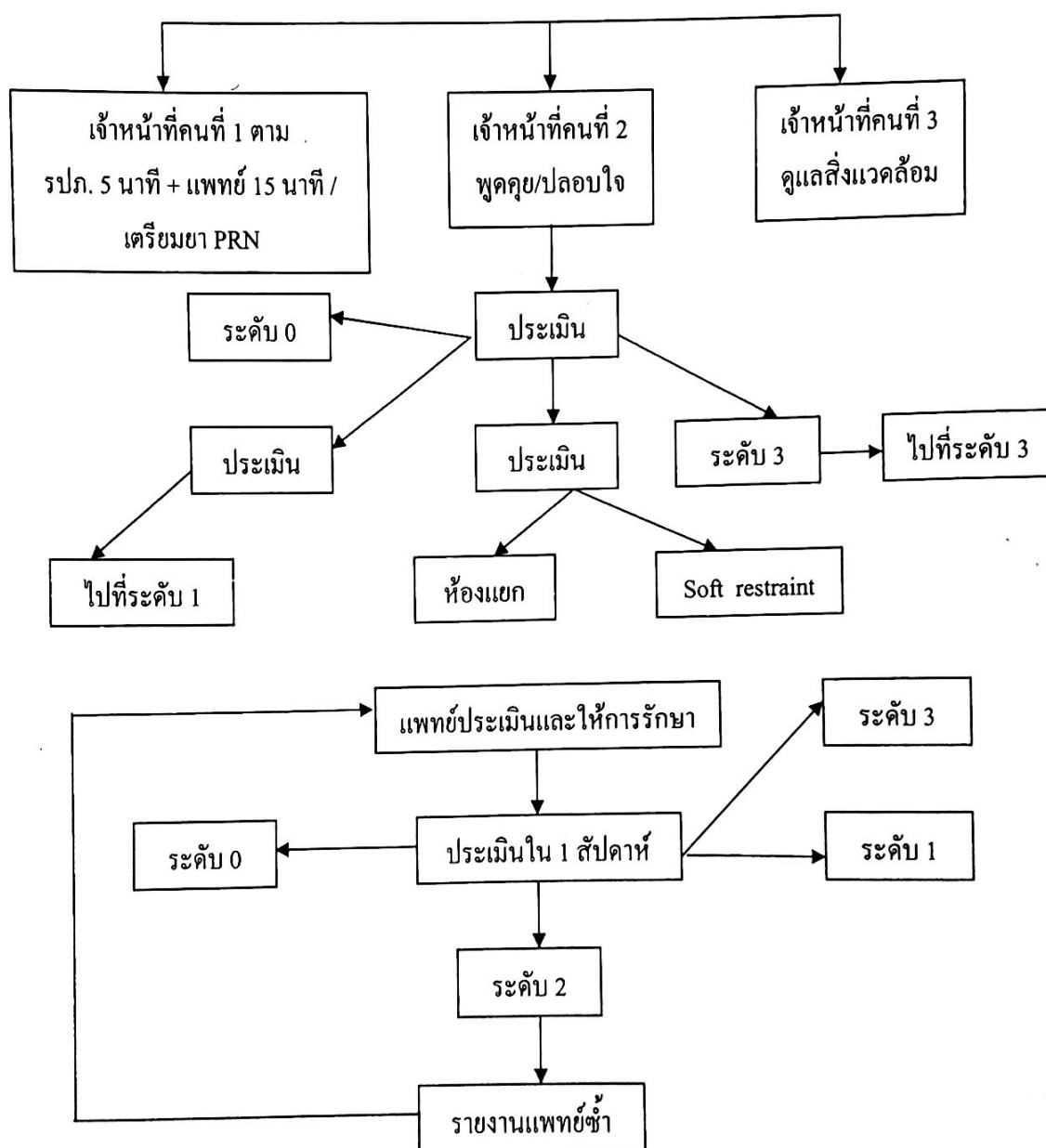


ภาพที่ 1 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับที่ 1 (วัชรชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 2 เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมต้องเตรียมทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตามหน่วยรักษาความปลอดภัยภายใน 5 นาที และตามแพทย์ภายใน 15 นาที พร้อมทั้งเตรียมยาแคะตามความจำเป็น เจ้าหน้าที่คนที่ 2 จะใช้เวลาในการพูดคุยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหาความรู้สึก พร้อมทั้งประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรงตามแบบประเมิน OAS เจ้าหน้าที่คนที่ 3 ดูแลสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ แต่ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 ให้การดูแล

ตามระดับ 1 ถ้าอาการไม่สงบมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเมินได้ ระดับ 2 พยาบาลวิชาชีพพิจารณาใช้ห้องแยกหรือพิจารณาผูกคิ่ด แพทย์ประเมินและให้การรักษ และประเมินซ้ำใน 1 ชั่วโมง ถ้าประเมินได้ระดับ 1 พิจารณายกเลิกการจำกัดพฤติกรรมตามความเหมาะสม และจัดกิจกรรม ถ้าประเมินได้ระดับ 2 รายงานแพทย์ซ้ำ แพทย์ประเมินและให้การรักษ ประเมินใน 1 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่สงบมีพฤติกรรมความก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จนถึงระดับ 3 ให้การดูแลตามระดับ 3

ภาพที่ 2 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 2

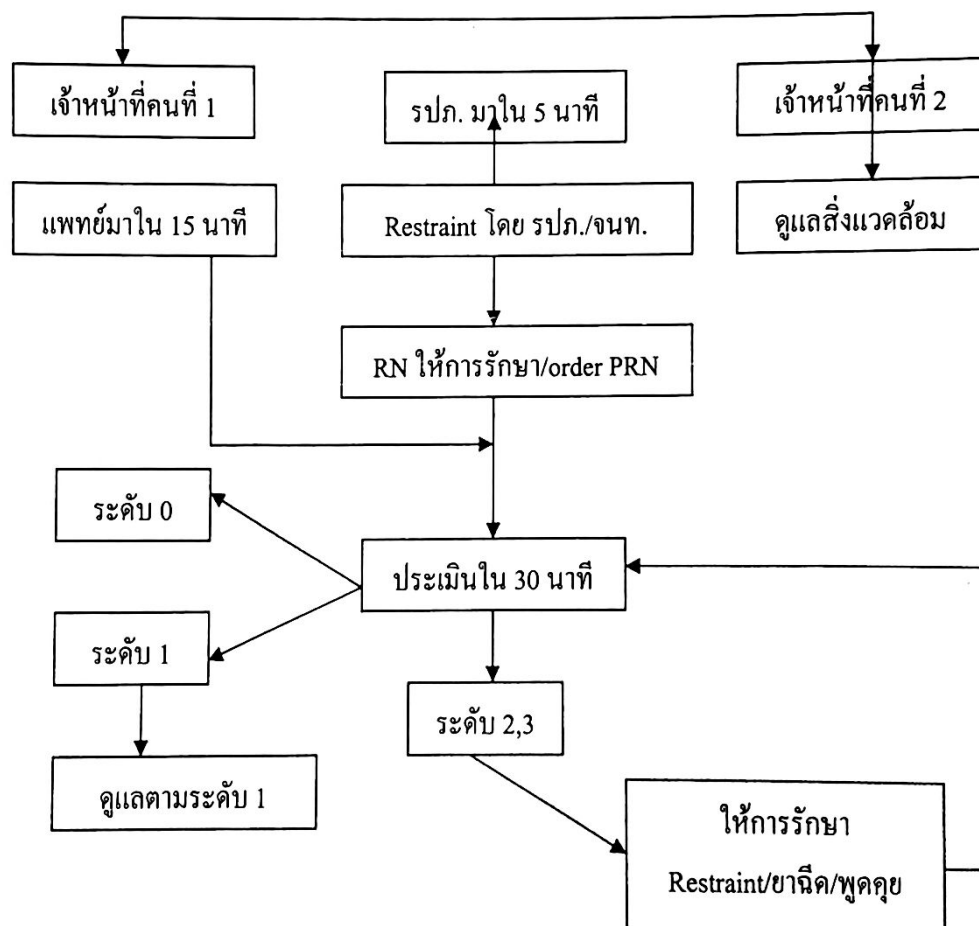


ภาพที่ 2 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับที่ 2 (วิชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 3

เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมต้องเตรียมทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตามหน่วยรักษาความปลอดภัยภายใน 5 นาที และตามแพทย์ภายใน 15 นาที เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ดูแลสิ่งแวดล้อม หน่วยรักษาความปลอดภัยพร้อมเจ้าหน้าที่จำกัดพฤติกรรม พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมให้การรักษาคำสั่งการรักษของแพทย์ ติดตามความจำเป็น แพทย์ประเมินใน 30 นาที ให้การดูแลตามระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 1 ให้การดูแลตามระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ให้การรักษาผูกมัด ใหยาติดตามความจำเป็น พุดคุยให้ระบายความรู้สึกและประเมินซ้ำใน 30 นาที หากความก้าวร้าวและรุนแรงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และการรักษาที่ให้ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง ได้ให้พิจารณา Refer เป็นกรณีไป

ภาพที่ 3 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 3



ภาพที่ 3 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับที่ 3 (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

6.3 กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้มีผู้ให้แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ดังนี้

วาสนา แกล้มเขตร (2544) ได้ให้แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

6.3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมาก ในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนัยน์ตาแข็ง กร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกายเกร็ง เคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

6.3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เป็นขั้นตอนที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการพยาบาล ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหา และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตราย เนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหาร และยา ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่ง ผู้ป่วยทำร้ายบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้ เป็นต้น

6.3.3 การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาลว่ามุ่งเน้นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยคนอื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ปัญหา	เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น	1. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลใด
2. ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตรายเนื่องจาก ปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา	2. ผู้ป่วยพักผ่อนรับประทานอาหาร น้ำ และยา ตามปกติ
3. ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ ปฏิบัติ	3. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายและไม่มีอาการหูแว่ว
4. ผู้ป่วยชกต่อยบุคคลอื่น เนื่องจากควบคุม ความโกรธไม่ได้	4. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายผู้ใดและสามารถระบาย ความโกรธได้อย่างเหมาะสม

6.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์และบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ วัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามลำดับความจำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย และลดระดับความรุนแรงของความรู้สึกและพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้

1) การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจาเป็นวิธีที่ทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพ และความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารไปใช้กับผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถควบคุมตัวเอง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำความเข้าใจและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูด สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

2) การจัดการด้านกายภาพ (Physical intervention) การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น วิธีการจัดการทางกายภาพได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้วยคำพูด และทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็วติดต่อกัน (Rapid tranquilizer) ทางกล้ามเนื้อ การนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงออกมา และส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของตนเองได้ การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่น ไม่ได้ผลแล้ว และมีผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Lehane & Ree, 1996)

3) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ ที่หอผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง เสียงและอุณหภูมิ บรรยากาศของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วย ทักษะของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น

ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พยาบาลอาจใช้ทั้ง 3 วิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พยาบาลต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างการช่วยเหลือ และปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการ การช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำในระหว่างให้การช่วยเหลือ ว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายลงน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

6.3.5 การประเมินผลการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิผลการพยาบาลว่าการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสม

หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงน้อยลง ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของ วาสนา แกล้มเขตร (2544) เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการนำกระบวนการ พยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใน ระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนอื่น พยาบาลจิตเวชใน ฐานะเป็นบุคลากรในทีมจิตเวช และมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง จะใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอน ในการ ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยการดำเนินการตามขั้นตอน ตั้งแต่การรวบรวมประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การจัดการต่อปัญหา การ ปฏิบัติการช่วยเหลือและการประเมินผลการปฏิบัติการช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว

6.4 กรมสุขภาพจิต (2542) ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาล จิตเวชประกอบด้วย 3 มาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1 : ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยและบุคคลอื่นไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
- 2) ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจและความรู้สึกโกรธออกทางคำพูด
- 3) ผู้ป่วยสงบไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ดังนี้
 - 1.1) ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าวและ

รุนแรง เช่น

- การแสดงออกทางสีหน้า สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจแววตาไม่ เป็นมิตร

- การเคลื่อนไหว และการกระทำ กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ กระแทก หรือกระทำด้วยความรุนแรง หุดยการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด

- การแสดงออกทางคำพูด เจ็บแสบผิปกติ ได้ตอบด้วยน้ำเสียงห้าว พุด
ก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหุนิดีเยิน

- การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วย
ระยะถอนพิษ และ Intoxication

1.2) ประวัติจากญาติและบันทึกของทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและ
รุนแรงในอดีตมีหรือไม่ อย่างไรและความช่วยเหลือหรือวิธีลดความก้าวร้าวและรุนแรงที่เคยได้รับ

2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดย

2.1) จัดและลดสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุโดยตรงตามที่ประเมินได้

2.2) ตรวจค้นตัวผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้

2.3) แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้ป่วยอื่น โดยให้พักในสภาพแวดล้อมที่

เหมาะสม ปลอดภัย

3) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามระดับความรุนแรงที่
ประเมินได้

3.1) พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจอย่างมีแผนระมัดระวังและ
มีท่าทีที่สงบ

3.2) อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร แล้วเรียกชื่อผู้ป่วย

3.3) พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้
ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจและให้วิจารณ์ได้แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ

3.4) ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าว
และรุนแรง

3.5) จำกัดพฤติกรรมโดยอธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม
ระยะเวลา และสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผูกมัดอย่างมีเทคนิคและ
เยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาที พูดคุยถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 2 : ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่าง
เหมาะสม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1) ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

2) ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาลและพูดถึงความต้องการของตนเองกับ
พยาบาลได้

3) ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย
 - 1.1) นัดเวลา สถานที่ให้แน่นอน
 - 1.2) กำหนดและบอกวัตถุประสงค์แต่ละครั้งในการสนทนากับผู้ป่วย
 - 1.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แผนการรักษาพยาบาล กิจกรรมประจำวัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
 - 1.4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี
- 2) ใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง
- 3) ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล
- 4) ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทางด้านร่างกาย ได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายปกติ โดย
 - 4.1) ดูแลให้อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - 4.2) จัดสภาพแวดล้อม และดูแลความสะอาดเรียบร้อยบริเวณที่พักของผู้ป่วย
 - 4.3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อ (ในรายที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด หรือยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ให้จัดอาหารไว้ให้ผู้ป่วย)
 - 4.4) ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ดื่มน้ำตามความต้องการของผู้ป่วย)
 - 4.5) ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติ (ในกรณีที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ตามความต้องการและบริการให้ Bed pan หรือพาไปห้องน้ำ)
 - 4.6) ดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต้องดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย)

มาตรฐานที่ 3 : ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวและรุนแรงได้เหมาะสม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
- 2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลดลง
- 3) ผู้ป่วยเลือกวิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย
 - 1.1) นัดเวลา สถานที่ให้แน่นอน
 - 1.2) กำหนดและบอกวัตถุประสงค์แต่ละครั้งในการสนทนากับผู้ป่วย
 - 1.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แผนการรักษาพยาบาล กิจกรรมประจำวัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
 - 1.4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี
- 2) ใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง
- 3) ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล
- 4) ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทางด้านร่างกาย ได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายปกติ โดย
 - 4.1) ดูแลให้อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - 4.2) จัดสภาพแวดล้อม และดูแลความสะอาดเรียบร้อยบริเวณที่พักของผู้ป่วย
 - 4.3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อ (ในรายที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด หรือยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ให้จัดอาหารไว้ให้ผู้ป่วย)
 - 4.4) ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ดื่มน้ำตามความต้องการของผู้ป่วย)
 - 4.5) ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติ (ในกรณีที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ถามความต้องการและบริการให้ Bed pan หรือพาไปห้องน้ำ)
 - 4.6) ดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต้องดูแลความสบายของผู้ป่วย)

มาตรฐานที่ 3 : ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวและรุนแรงได้เหมาะสม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
- 2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลดลง
- 3) ผู้ป่วยเลือกวิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ขอมรับสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของตนเอง โดยการปฏิบัติดังนี้

1.1) มีท่าทีสงบ ขอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย
1.2) ใช้เทคนิคการสนทนา กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจ

1.3) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าความโกรธ ความก้าวร้าวเป็นเรื่องปกติ แต่ต้องมีขอบเขตและการแสดงออกอย่างเหมาะสม

2) จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น กีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มชุมชนบำบัด

3) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสม และสังคมยอมรับ โดย

3.1) ใช้เทคนิคการสนทนาให้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีระบายความโกรธด้วยพฤติกรรมรุนแรง ผลที่เกิดขึ้นในอดีต

3.2) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

3.3) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทดลองใช้วิธีระบายความโกรธ ที่เป็นที่ยอมรับของสังคมและให้ตนเองสบายขึ้น

สรุป มาตรฐานการพยาบาลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง กรมสุขภาพจิต (2542) เป็นแนวทางมาตรฐานกลางที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยเริ่มจากการประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัย และได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม ข้อดีเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ที่ผ่านการศึกษาและวิจัยที่มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ เป็นมาตรฐานกลาง และมีกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นลำดับ ละเอียด ชัดเจน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

7. แนวคิดการพัฒนาระบบงาน

การพัฒนาระบบงานเป็นขั้นตอนหรือกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน โดยการนำเทคนิคการพัฒนาระบบองค์กรเข้ามาใช้ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงองค์กรในด้านระบบโครงสร้างให้มีความทันสมัย และพฤติกรรมของบุคคลในองค์กรให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและเกิดความผูกพันในองค์กร โดยให้ทุกคนในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการ

แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ลดความขัดแย้งและความตึงเครียด เพื่อให้ได้มาซึ่งประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของงาน (กมล ฉายาวัณณะ, 2550)

7.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีระบบเป็นทฤษฎีที่มีความเป็นสากล ซึ่งจะได้รับและนำมาอธิบายในองค์ความรู้เกือบทุกวิชาชีพ von Bertalanffy ซึ่งเป็นนักชีววิทยาได้พัฒนาทฤษฎีระบบและเป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาองค์กร

ข้อตกลงโดยทั่วไปของทฤษฎีระบบที่นำเสนอโดย von Bertalanffy (1972 อ้างถึงในเอี่ยมพร ทองกระจาย, 2538) มีดังต่อไปนี้

7.1.1 สิ่งมีชีวิตในโลกนี้เป็นระบบเปิด ระบบเปิดเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงและปฏิสัมพันธ์ระหว่างย่อยภายใน ระบบป้อนกลับ และสิ่งแวดล้อมของระบบตลอดเวลาตรงข้ามกับระบบปิดที่จะไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

7.1.2 ระบบเปิด เป็นระบบที่มีการจัดการภายในระบบเป็นอย่างดี ทำให้เกิดความเป็นระเบียบ (Order) มีผลลัพธ์ออกมาในลักษณะของการเรียนรู้และข้อมูลต่างๆ

7.1.3 ระบบเปิดแสดงให้เห็นได้จากการเกิดความเสมอภาคในบันปลาย ซึ่งหมายความว่า แม้จะได้ผลอย่างเดียวกัน หรือนัยหนึ่งก็คือ แม้ในบันปลายจะได้ผลอย่างเดียวกัน กระบวนการที่ให้ได้มา ซึ่งผลอาจแตกต่างกัน การได้ผลอย่างเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องมาจากกระบวนการหรือวิธีการเดียวกัน เช่น การแพร่พันธุ์ของพืช อาจได้มาหลายวิธีด้วยกัน ไม่ใช่การปลูกโดยเมล็ดอย่างเดียว

7.1.4 กระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบของสิ่งมีชีวิต เป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อคงไว้เพื่อความสมดุลในระบบ

7.1.5 สิ่งมีชีวิตหรือสังคม เป็นระบบที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกัน คือ ประกอบด้วยองค์รวม ความแตกต่าง ความเป็นลำดับ ความเหนือกว่า การแข่งขันและเนื้อหาของระบบ

7.1.6 สิ่งมีชีวิตจะสามารถหลีกเลี่ยงความเสื่อมถอย (Entropy) ของระบบได้โดยการรักษาสภาพสมดุลภายใน ความเสื่อมถอยของระบบเกิดขึ้นเมื่อระบบเกิดความวุ่นวาย สับสน ไม่เป็นระเบียบภายในระบบ

แนวคิดของ von bertalanffy ได้ใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบไปใช้อธิบายทฤษฎีต่างๆ ได้ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร โดยบรรจุโมเดลต่างๆ ของทฤษฎีเข้าไปในกรอบของทฤษฎีระบบ โดยจำแนกกลุ่มโมเดลออกเป็นสิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Out put) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedbacks) เนื่องจากทฤษฎีระบบสามารถนำไปเป็นทฤษฎีพื้นฐานในการพัฒนา ทฤษฎีหรือระบบงานต่างๆ อย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มมีชีวิตและไม่มีชีวิต การพัฒนาองค์กร การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ (Heulighen, 1998) ที่ต้องการมองอย่างเป็นระบบ ในการ

ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลจิตสังคม ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีระบบมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ผู้ศึกษาให้ความสนใจทั้งการผลลัพธ์ที่ได้ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนดำเนินการ

เมื่อนำแนวคิดเชิงระบบ (System Approach) มาประยุกต์กับการพัฒนาระบบงาน เพื่อให้การทำงานนั้นสำเร็จจุดมุ่งหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฟาริดา อิบราฮิม (2541) กล่าวว่า จะใช้ในลักษณะระบบเปิด มีความยืดหยุ่นและเคลื่อนไหว มีทิศทางและมีเป้าหมาย มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการป้อนกลับ ป้อนนำเข้า (input) ของระบบในกระบวนการพัฒนาระบบงาน คือ สถานการณ์ปัญหา และทีมสุขภาพจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผน และปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นกระบวนการ (process) ของระบบการตอบสนองของผู้รับบริการ ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมของผู้รับบริการภายหลังได้รับการช่วยเหลือ และถือเป็นผลลัพธ์ (output) ของระบบ พร้อมทั้งมีการป้อนกลับภายในระบบ ซึ่งทีมสุขภาพจะประเมินผล โดยการสังเกตซ้ำ ตั้งแต่ป้อนนำเข้าจนถึงการประเมินผลลัพธ์ เพื่อให้เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อม คือ บุคลากรทีมสุขภาพได้นำมาวิเคราะห์ปรับปรุงระบบงานบริการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

7.2 ความหมายของระบบ

Gilliss (1986) ระบบ หมายถึง กลุ่มของสิ่งของหรือบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์เฉพาะกลุ่มได้ นอกจากนั้นในระบบแต่ละระบบจะมีระบบย่อยที่มีโครงสร้างและหน้าที่เฉพาะ มีความสัมพันธ์กับระบบใหญ่ โดยการทำงานของระบบย่อยจะมีวัตถุประสงค์เฉพาะ แต่จะส่งผลมายังวัตถุประสงค์ของระบบใหญ่

Von Berthalanffy (1973) ระบบ หมายถึง องค์ประกอบชุดหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่ง ซึ่งดำรงอยู่โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน (A set of element standing in interation) นอกจากจะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางองค์ประกอบแล้ว ยังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางปริมาณ และสปีชีส์ของระบบด้วย

Buckley (1968) ระบบ หมายถึง ส่วนรวมหน่วยหนึ่ง ทำหน้าที่โดยมีระบบย่อยเป็นส่วนประกอบ และระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

Hall and Fagen (1968) ระบบ หมายถึง ชุดของส่วนประกอบที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ภายในส่วนประกอบนั้นและระหว่างส่วนประกอบอื่นๆ

สรุป ระบบ หมายถึง หน่วยรวมของหน่วยใดหน่วยหนึ่งที่ส่วนประกอบทุกส่วนต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในการทำหน้าที่ โดยที่ส่วนประกอบทุกส่วนต้องสัมพันธ์กันทั้งภายในหน่วยและกับสิ่งแวดล้อมภายนอกหน่วย

7.3 การพัฒนาระบบงาน

การพัฒนาระบบงานเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น เนื่องจากการพัฒนาระบบงานเป็นกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพงาน ปรับปรุงงานให้เหมาะสม ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการบริหารองค์กร เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ประนอม ศรีรักษา (2546) กล่าวว่า การพัฒนาระบบงานเป็นการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมาย โดยมีการรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้มีความเหมาะสม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

บรรยงค์ โคจินดา (2545) กล่าวว่า เป็นการปรับปรุงวิธีทำงาน ขั้นตอนการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

คัทธลียา วสุธาดา (2543) กล่าวว่า การพัฒนาระบบงานเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน โดยมีการนำเทคนิคการพัฒนาองค์การมาใช้ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงองค์การในด้านระบบโครงสร้างและพฤติกรรมของบุคคลให้ดีขึ้น เพื่อให้ได้มาและธำรงไว้ซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

สรุป การพัฒนาระบบงานเป็นการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมาย มีแบบแผน ดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงองค์การในด้านระบบโครงสร้างและพฤติกรรมของบุคคลให้ดีขึ้น โดยสมาชิกมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7.4 กระบวนการในการพัฒนาระบบงาน

การพัฒนาระบบงานเป็นวิธีการพัฒนาที่มีส่วนช่วยให้งานมีประสิทธิภาพ (ธงชัย สันติวงษ์, 2537 อ้างถึงใน ประนอม ศรีรักษา, 2546) ซึ่งในกระบวนการพัฒนาระบบงานนั้นมีลำดับขั้นดังนี้

7.4.1 การวิเคราะห์เบื้องต้น ในขั้นแรกคือ การเข้ามาศึกษาปัญหาที่มีอยู่ในองค์การ

7.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการสำรวจอย่างลึกซึ้งเพื่อค้นหาลักษณะของปัญหาและแนวทางที่อาจแก้ไขได้

7.4.3 การให้เรื่องราวข้อมูลย้อนกลับ และการจัดให้มีการประชุมกันเป็นการกำหนดก่อนหลังของสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

7.4.4 การวางแผนและการแก้ไขปัญหา โดยมีการเลือกวิธีและหนทางในการแก้ไขปัญหา

7.4.5 การสร้างทีมงาน เป็นการที่จะเสริมสร้างให้กลุ่มแก้ปัญหาร่วมกันได้มากขึ้น ในรูปแบบการทำงานเป็นทีม

7.4.6 การพัฒนาระหว่างกลุ่ม มีการพัฒนาให้มีความกลมเกลียว ในระหว่างทีมงานหลายๆ กลุ่ม และมีการประสานงานระหว่างทีมต่างๆ

7.4.7 การติดตามผลและการประเมินผล เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายของการพัฒนาองค์กรที่ตั้งไว้

ในการพัฒนาระบบงาน การสร้างทีมงานหรือทีมบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ เน้นการทำงานเป็นทีม เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบงานและองค์กร แต่บุคลากรหรือทีมที่พัฒนาระบบงานจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการพัฒนาระบบงาน มีความสามารถในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงการดำเนินงาน การที่จะได้บุคลากรหรือทีมงานที่มีคุณภาพจะต้องมีการพัฒนาบุคลากรตามขั้นตอน และกระบวนการพัฒนา ทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาบุคลากรเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

7.5 การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นการพัฒนาที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาองค์กร เนื่องจากถ้าองค์กรใดมีบุคลากรที่มีคุณภาพ ก็ส่งผลให้การพัฒนาองค์กรมีคุณภาพได้เช่นเดียวกัน มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรดังนี้

สมาน รังสียกฤษฎ์ (2528) ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรว่า หมายถึง การดำเนินการเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการทำงานดีขึ้น ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน อันจะเป็นผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งการพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่สร้างเสริมและเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ เช่น ความรู้ ความสามารถ ทักษะ อุปนิสัยทัศนคติ และวิธีการในการทำงาน อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการทำงาน

พะยอม วงศ์สารศรี (2537) กล่าวว่า การพัฒนาบุคลากร คือ การดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบให้มีคุณภาพ ประสพผลสำเร็จที่เป็นที่น่าพอใจแก่องค์กร

ดังนั้นสรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากร หมายถึง การเพิ่มพูน เสริมสร้างให้บุคลากรในหน่วยงานหรือองค์กร มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน โดยมีวิธีการพัฒนาที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม อันจะเป็นผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมการพัฒนาบุคลากร มีหลากหลายวิธีการ หลายรูปแบบ แล้วแต่หน่วยงานจะนำไปใช้ตามความเหมาะสม อาจกระทำได้ทั้งที่เป็นพิธีการ หรือไม่เป็นพิธีการ ซึ่งจัดทำโดยหน่วยงานภายนอก หรือหน่วยงานภายในที่สังกัดอยู่ การจะบรรลุผลการพัฒนายังต้องมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อการเรียนรู้ แต่ในการพัฒนาบุคลากรจะต้องมีการวางแผนในการพัฒนาบุคลากรตามแนวคิดของสุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2530) สรุปได้ดังนี้ คือ จะต้องมีการสำรวจความต้องการของ

บุคลากร เพื่อนำมาวางแผน ขั้นตอนต่อไปคือกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อจะได้นำไปใช้ป็นสิ่งประเมิณผลงาน รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวางแผนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ วางแผนเลือกแนวทางปฏิบัติ ดำเนินการและติดตามประเมินผลการพัฒนาบุคลากร วิธีการดำเนินการพัฒนาบุคลากร ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดวิธีการพัฒนาบุคลากรจากสุจินต์ วิจิตรกาญจน์ (2529) ซึ่งได้แบ่งวิธีการพัฒนาบุคลากร ออกเป็น 2 แบบ คือ

7.5.1 การพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นทางการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมอบรม หลักสูตรระยะสั้น และการจัดหลักสูตรระยะยาว

7.5.2 การพัฒนาบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การพัฒนาโดยการวางแผน และการพัฒนาโดยวิธีธรรมชาติ

1) การพัฒนาโดยมีการวางแผน จะจัดกิจกรรมทุกอย่างที่ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชำนาญ และเพิ่มพูนความสามารถ หรือเรียกว่า การฝึกอบรมโดยการให้ปฏิบัติ ได้แก่

1.1) การแนะนำงาน

1.2) การสอนงาน

1.3) การเวียนปฏิบัติงาน

1.4) การฝึกเป็นลูกมือ

การฝึกอบรมโดยไม่ปฏิบัติ เป็นการสอนและพัฒนาผู้เข้าร่วมการอบรม โดยไม่ต้องลงมือปฏิบัติ ใช้สื่อและวิธีการสอนแบบอื่นๆ ได้แก่ การบรรยาย การประชุม อภิปราย การศึกษากรณีตัวอย่าง การสาธิต เป็นต้น

2) การพัฒนาโดยวิธีธรรมชาติ ได้แก่ กิจกรรมในการพัฒนาตนเอง มีดังนี้

2.1) การศึกษาหาความรู้โดยการอ่านตำราหรือเอกสารทาง

วิชาการ

2.2) การเข้าร่วมประชุมและสัมมนาเมื่อมีโอกาส

2.3) สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพ หรือสมาคมอื่นๆ

2.4) หาโอกาสศึกษาดูงาน

2.5) อาสาสมัครเป็นผู้นำอภิปราย หรือร่วมอภิปรายในบาง

โอกาส

สรุปวิธีการอบรมมีการดำเนินการที่แตกต่างกัน การเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง จึงจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสอนแบบบรรยาย การสาธิต การสอนแนะ และการสอนเป็นกลุ่ม ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาล

จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการประเมินช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม

8. การทำงานแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาหรือปรับปรุงงานใดๆ นอกจากพัฒนาบุคลากรแล้ว แนวทางการปรับปรุงงานที่จะใช้ได้ดีก็คือ การให้บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงาน

การทำงานแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ความหมาย และกระบวนการการมีส่วนร่วม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

8.1 ความหมายของการบริการแบบมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการบริหารงาน เป็นวิธีการบริหารที่ส่งผลให้การดำเนินงานในองค์กรหรือหน่วยงานประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการบริหารงานจะสร้างเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความภาคภูมิใจและมีพันธะผูกพันต่อผลสำเร็จร่วมกัน มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

Cohen & Unhoff (1980 อ้างถึงใน สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ, 2540) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนาด้วยการตัดสินใจ เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน เกี่ยวกับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน คือ ผลประโยชน์นั้นเป็นผลมาจากการดำเนินงาน และผลประโยชน์ก็จะมาเป็นตัวกำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างได้รับผลมาจากขั้นตอนการตัดสินใจแล้วทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังจะมีผลสะท้อนกลับจากการประเมินและดำเนินงานกลับไปสู่การตัดสินใจอีกด้วย

Swansburg (1996 อ้างถึงใน สารณี เปรมปรีดิ์, 2548) หมายถึง การที่ผู้บริหารให้การยอมรับ ให้ความไว้วางใจ สนับสนุนช่วยเหลือ ฝึกอบรม ให้อำนาจเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การปรับปรุงพัฒนาเป้าหมายขององค์กร และให้ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในการบริหารงานแก่ผู้ร่วมงาน

Stogdill (1974 อ้างถึงใน สารณี เปรมปรีดิ์, 2548) หมายถึง การที่ผู้นำสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้บังคับบัญชาเข้าร่วมประชุม อภิปราย แก้ปัญหา และร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

สรุปการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้บริหารให้อำนาจผู้ใต้บังคับบัญชา เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมนั้น เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์

8.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546) เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

8.2.1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

8.2.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งรวมทั้งการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ใช้ ตลอดจนการติดตามและประเมินผล

1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา โดยการสนับสนุนด้าน วัสดุ อุปกรณ์ แรงงาน เงินทุนหรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงาน และการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

2) การมีส่วนร่วมในการได้ผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคลและสังคม

3) การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลการพัฒนา เพื่อจะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที

Stephen (1986 อ้างถึงใน สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ, 2546) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วม คือ ทุกคนจะต้องเข้าใจ ให้การสนับสนุนและเต็มใจให้ความร่วมมือในกระบวนการที่บุคคลใดจะมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะต้องผ่านการเรียนรู้จากผู้อื่น และการช่วยให้ผู้อื่นเรียนรู้มา วิธีการที่ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วม มีดังนี้

1) ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีการฝึกปฏิบัติมากกว่า การรับฟัง หรือพูดแต่เรื่องทฤษฎีเท่านั้น มีการมอบหมายงานให้ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละเรื่อง พยายามเริ่มต้นด้วยกิจกรรมที่ทุกคนสนใจ

2) เริ่มงานกับกลุ่มเล็กๆ ก่อน เพราะกลุ่มใหญ่มักทำให้คนไม่ค่อยกล้าแสดงออก ขาดต่อการที่จะได้รับการความเห็นจากทุกคน

3) ข้อมูลที่ให้ควรง่ายและชัดเจน

4) ช่วยให้ผู้คนรู้วิธีหาข้อมูลได้มากขึ้น ตลอดจนให้รู้แหล่งที่จะไปหาข้อมูลเพิ่มเติม

5) สร้างจิตสำนึกในกลุ่ม เป็นพลังสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดความร่วมมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีหลายสาเหตุหลายปัจจัย มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย บุคคลอื่น บุคลากรและสิ่งแวดล้อม การที่จะป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น คือ การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและการดูแลตามความเหมาะสม โดยบุคลากรที่มีความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การทำงานร่วมกันและ

ทุกคนมีความสำคัญ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมมาใช้ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Hamolia (2005) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยอาจเริ่มจากการใช้ 1) กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) เช่น การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล (Self-awareness) สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก และทักษะการบอกความต้องการที่เหมาะสม (Assertive training) 2) กลยุทธ์การคาดเคลื่อนเพื่อป้องกัน (Anticipatory) เช่น การสื่อสาร ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา 3) กลยุทธ์การป้องกันไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้น (Containment strategies) เช่น การจัดการกับภาวะวิกฤติ การใช้ห้องแยกและการผูกมัด และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของรัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากมีแนวทางและรูปแบบชัดเจน สามารถประเมินระดับของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การช่วยเหลือและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามระดับความรุนแรง

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อน โดยการบูรณาการความรู้ทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ วิเคราะห์ทำความเข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การมีรูปแบบ (Model) ในการป้องกันจัดการช่วยเหลือและให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความเข้าใจตรงกัน สามารถทำงานเป็นทีมอย่างสอดคล้องประสานงานกัน มีขั้นตอนในการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล และสามารถนำไปสู่การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงของ รัชชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) นำมาประยุกต์เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ปฏิบัติงาน ณ ตึกศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ และศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่ตึกศรีตรังในระหว่างดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1 ขั้นเตรียมการ

2.1.1 ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และนำมากำหนดเป็นแนวทางการดูแลฉบับร่าง

2.1.2 จัดทำเค้าโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.1.3 เสนอเค้าโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.1.4 เสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อพิจารณาอนุมัติดำเนินโครงการ

2.1.5 ทำหนังสือเชิญวิทยากรจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

2.1.6 จัดเตรียมเอกสาร

2.2 ขั้นดำเนินงาน

2.2.1 ศึกษาปัญหาการดำเนินการดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวชของทีมนุเคราะห์ตึกศรีตรัง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1) ศึกษาเอกสาร เพิ่มรายงานผู้ป่วย และสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่อสอบถามข้อมูลจากทีมบุคลากรทางการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยการศึกษาทางด้านโครงสร้างระบบการป้องกัน และการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช กระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งศึกษาข้อจำกัดทางทรัพยากร โดยประเมินความรู้-เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย

2) จัดประชุมพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ทีมบุคลากรตึกศรีตรัง จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553 เวลา 14.00 – 16.00 น. เพื่อศึกษาปัญหาในการดำเนินการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช

3) เลือกแนวทางแก้ปัญหา โดยการอบรมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระบบการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยตามแนวคิดของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) และ Hamolia (2005) การมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีม

2.2.2 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ใช้ระยะเวลาในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในวันที่ 18 ธันวาคม 2553 เวลา 08.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมรังสีพรหมณกุล ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นทีมบุคลากรทางการพยาบาลตึกศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 27 คน ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้

2.2.3 ทดลองปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลตามระบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ตึกศรีตรัง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 ถึงวันที่ 31 เมษายน 2554 แล้วประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด นัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ครั้ง

2.3 ขึ้นประเมินผล

2.3.1 การประเมินผลด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง โดยการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางการดูแล การนำไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ตลอดจนการศึกษาปัญหาอุปสรรคและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา สรุปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงและเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานต่อไป

2.3.2 การประเมินผลด้านการพยาบาลที่ร่วมโครงการ โดยการประเมินความรู้ ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การสำรวจความคิดเห็นตามแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ด้านความเข้าใจ ความสอดคล้อง ความเป็นจริง ความสะดวก ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงาน

2.3.3 ประเมินผลด้านผู้ป่วยเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในหอผู้ป่วยตึกศรีตรังขณะดำเนินงาน จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งจำนวนครั้งที่เกิด และระดับความรุนแรง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ เจตคติ และความคิดเห็นของทีมการพยาบาล ได้แก่

3.1.1 แบบประเมินความรู้ เจตคติของบุคลากรต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ของ จุริญ อึ้งสำราญ (2541) โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญทางจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิอาจารย์ทางการพยาบาลจิตเวชจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงใหม่ในแบบประเมินความรู้ เดิมมี 11 ข้อ เพิ่มเป็น 13 ข้อ และได้เปลี่ยนข้อคำถามใหม่จำนวน 3 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับเนื้อหาในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ส่วนแบบประเมินเจตคติผู้ศึกษาได้ปรับปรุงใหม่ เดิมมีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เพิ่มเป็น 15 ข้อ (รายละเอียดดังภาคผนวก ก) แบบประเมินความรู้ เจตคติของบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่งระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรู้ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือกคือ ก ข ค ง จำนวน 13 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ สูงสุด 13 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเจตคติของบุคลากรต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (จรัญ อึ้งสำราญ, 2541) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินเจตคติของ Collins (1994) โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมความวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา และความชัดเจนของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญทางจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิอาจารย์ทางการแพทย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ท่าน โดยแบ่งเป็นเจตคติด้านบวก จำนวน 8 ข้อ และด้านลบ จำนวน 7 ข้อ รวม 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

ความหมายของคำตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

การให้ค่าคะแนน

เจตคติเชิงบวก	ค่าคะแนน	เจตคติเชิงลบ	ค่าคะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	4	เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3	ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์การแปลผลระดับความคิดเห็น ตามคะแนนที่ได้จากแบบประเมินเจตคติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงก่อนและหลังการอบรม พิจารณาโดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน โดยต่ำสุดมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 1 สูงสุดค่าคะแนนเฉลี่ย = 5 ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระดับดีมาก
3.50-4.49	มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระดับดี
2.50-3.49	มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระดับต่ำ
1.00-1.49	มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระดับต่ำมาก

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้ประเมินในบุคลากรที่ทำการพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล

3.1.2 แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากร ต่อรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ของเจตน์ภาดา นาคบุตร (2547) พัฒนามาจากแบบประเมินเจตคติของ Collins (1994) โดยผ่านตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา และความชัดเจนของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญทางจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิอาจารย์ทางการพยาบาลจิตเวชจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน อาจารย์จากวิทยาลัยบรมราชชนนีอุดรธานี 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยาจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ท่าน ซึ่งสร้างขึ้นร่วมกับคณะกรรมการฝ่ายบริการกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รวมจำนวน 4 ข้อ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

ความหมายของคำตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

การให้ค่าคะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์การแปลผลระดับความคิดเห็น ตามคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรต่อรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พิจารณาโดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	ระดับดีมาก
3.50-4.49	ระดับดี
2.50-3.49	ระดับปานกลาง
1.50-2.49	ระดับต่ำ
1.00-1.49	ระดับต่ำมาก

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้ประเมินในบุคลากรทีมการพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินในผู้ป่วย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้คือ HoNOS (Wing et al, 1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุปผาวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐกุล, 2547 (Thai Health of the National Outcome Scales : Thai HoNOS) เป็นแบบประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และสมรรถนะผู้ป่วย (Thai HoNOS) ซึ่งมีทั้งหมด 12 หมวด แต่ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้เฉพาะหมวดที่ 1 ใช้ประเมินปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไป หรือจากพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนผู้อื่นหรือ

วุ่นวาย อยู่ไม่สงบ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองนี้ประเมินผู้ป่วยทุกคนเพื่อเป็นการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

ความหมายของคำตอบ

- เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งสี่ชนิด ไม่ว่าจะมีความเจตนา มีความเข้าใจ หรือรู้ตัวหรือไม่
- ต้องมีการพิจารณาบริบทด้วย เช่น การแสดงความไม่เห็นด้วยอย่างขึงขัง อาจจะยอมรับได้ในบริบทของบางสังคมมากกว่าอีกสังคมหนึ่ง
- ไม่นำการวินิจฉัยมาพิจารณาประกอบการให้คะแนน เช่น พฤติกรรมรบกวนผู้อื่นในคนที่ เป็นภาวะสมองเสื่อมก็ต้องถูกประเมินในหมวดนี้
- ใหัรวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น เสพยาเสพติด สุรา ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต โรคซึมเศร้า ฯลฯ
- ไม่รวมถึงพฤติกรรมแปลกประหลาด ซึ่งประเมินในหมวด 6

การให้ค่าคะแนน

- 0 = ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 = หงุดหงิด ทะเลาะกับผู้อื่น กระสับกระส่าย ฯลฯ แต่ไม่จำเป็นต้องทำอะไร
- 2 = มีท่าทีก้าวร้าวเป็นบางครั้ง กดดันหรือตามตีอับรบกวนผู้อื่น ข่มขู่หรือแสดงความก้าวร้าวทางวาจา ทำลายข้าวของบ้าง (เช่น ขว้างปาถ้วยแก้ว กระชกหน้าต่าง) มีพฤติกรรมที่มากเกินไปจนควรต้องเห็นได้ชัด หรือวุ่นวายอยู่ไม่สงบ
- 3 = มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนหรือสัตว์อื่นๆ (แต่ยังไม่ถึง 4 คะแนน) ทำทางคุกคาม มีพฤติกรรมที่มากเกินไปจนควรต้องรุนแรงหรือทำลายข้าวของ
- 4 = มีการทำร้ายผู้อื่นหรือสัตว์อย่างรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ทำลายข้าวของ (เช่น วางเพลิง) ข่มขู่คุกคามอย่างรุนแรง หรือมีพฤติกรรมลามก หรือน่ารังเกียจ

3.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง Overt Aggression Scale : OAS ซึ่ง รัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) แปลมาจาก The Overt Aggression Scale for Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Yudofsky et al., (1986) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ มีลักษณะให้ค่าระดับความรุนแรง ได้แก่ ความรุนแรงระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 โดยแต่ละลักษณะของพฤติกรรมผู้ป่วยจะมีตัวเลขบอกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมวงเล็บไว้ข้างหลัง และวิธีการจัดการช่วยเหลือของพยาบาล (รายละเอียดดังภาคผนวก ก) แบบประเมินนี้ใช้ประเมินเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการ

3.2.3 ผู้วิจัยทำการรวบรวมอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งจำนวนครั้งที่เกิด และระดับความรุนแรงจากแบบรายงานประจำเดือนอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

3.3 เครื่องมือในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

เป็นโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาความรู้และเจตคติของทีมงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ในวันที่ 18 ธันวาคม 2553 กิจกรรมประกอบด้วย

3.3.1 ทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การจัดการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงใช้เวลา 30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

3.3.2 นำเสนอผลการศึกษาก่อนการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากการที่กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.3 ให้ความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การจัดการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระบบการจัดการกับที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย โดยการเชิญวิทยากรมาบรรยายให้ความรู้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

3.3.4 การประชุมกลุ่มระดมสมอง โดยการแบ่งกลุ่มของพยาบาลประจำการ ผู้ช่วยเหลือคนไว้ ออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน เพื่อร่วมกันค้นหาการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยการศึกษาข้อมูลในอดีต ปัจจุบัน และในอนาคต ร่วมกันคิดหาแนวทางป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งร่วมกันกำหนดรูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช สรุปผลการประชุมกลุ่มระดมสมองของทีมงานบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช จากนั้นนำเสนอรูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อขอคำชี้แนะจากวิทยากร

3.3.5 ประเมินผลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การจัดการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยใช้แบบสอบถามความรู้ชุดเดิม ใช้เวลา 30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

3.3.6 ประเมินผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเสร็จสิ้นการประชุมเชิงปฏิบัติการ เวลา 16.00 น. ในวันที่ 18 ธันวาคม 2553

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการชี้แจง และฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน โดยเก็บข้อมูล ดังนี้

4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลในทีมการพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้และเจตคติของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยแบบประเมินความรู้เจตคติของบุคลากรต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (จรัญ อึ้งสำราญ, 2541) และประเมินความคิดเห็นที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังสิ้นสุดการดำเนินงานวิจัย ด้วยแบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรต่อรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ของเจตน์ภาดา นาคบุตร (2547)

4.2 ปฏิบัติการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว รวบรวมจำนวนการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและระดับความรุนแรงระหว่างดำเนินการวิจัยจากรายงานการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของโรงพยาบาล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package of the Social Science for Windows) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 สรุปรูปแบบระบบการป้องกันและการจัดการ กับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้พัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาล เป็นคู่มือการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลตึกศรีตรัง

5.2 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับตำแหน่งประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

5.3 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทศนคติ เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ระยะก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยทดสอบด้วย t - test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทางการพยาบาล ตึกจิตเวชหญิงศรีตรัง จำนวน 27 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้วิจัยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานและอภิปรายผลการวิจัย ประกอบด้วยผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ความรู้ เจตคติ และความคิดเห็นของทีมการพยาบาลต่อการดำเนินงานวิจัย และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการดำเนินงาน

1.1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

1.1.1 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทุกราย โดยการประเมินการประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง (ตามแบบประเมิน OAS)

1.1.2 ในการจัดประชุมบุคลากรเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และการจัดการของเจ้าหน้าที่ โดยมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การรวบรวมข้อมูล การประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง การวางแผนการพยาบาล การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลในระยะต่าง ๆ

1.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตึกศรีตรัง ก่อนและหลังดำเนินการวิจัยมีความแตกต่างกัน โดยก่อนการวิจัยมีระบบการดูแลคือให้การประเมิน Save precaution ด้วยแบบประเมิน HoNOS ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะให้การเฝ้าระวังโดยการเขียนรายชื่อผู้ป่วยบนกระดาน white board ให้เห็นชัดเจน และติดสติ๊กเกอร์สีเขียวที่ป้ายชื่อผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จะให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช พบปัญหาในการดูแลในรูปแบบเดิมคือขาดเครื่องมือในการประเมินเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ทำให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นหัวหน้าทีมการดูแล ใช้ความรู้และทักษะตามประสบการณ์เดิมของตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทีมผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนและขาดความมั่นใจ หลังการดำเนินการวิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) นำมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลฉบับร่างในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคการ

ข้อความ	ทัศนคติ					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับ ผู้ศึกษา
6. ทำทางและคำพูดของบุคคลากร เช่น มือท้าวสะเอว จ้องหน้า เป็น สิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม รุนแรงได้						A 6 []
7. เวลาผู้ป่วยมีอาการโกรธ คำ ว่าผู้อื่น ท่านคิดว่าต้องใช้ยา เพื่อ ควบคุมอาการผู้ป่วยให้เร็วที่สุด						A 7 []
8. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีประวัติทำ ร้ายคนอื่นเสี่ยงต่อการที่จะเกิด พฤติกรรมซ้ำ ขณะอยู่ใน โรงพยาบาล						A 8 []
9. ขณะที่ผู้ป่วยถูกจำกัด พฤติกรรมหรืออยู่ในห้องแยก ท่านได้ดูแลเรื่องความสุขสบาย เช่น น้ำดื่ม อาหาร และเปลี่ยนท่า ผูกมัด เป็นต้น						A 9 []
10. เมื่อท่านถูกทำร้ายจากผู้ป่วย ท่านรู้สึกโกรธและคิดว่าจะ ได้ตอบคืน เพื่อสนองตอบ อารมณ์ของตนเอง						A 10 []
11. ท่านรู้สึกภูมิใจที่สามารถ ควบคุมผู้ป่วยได้ โดยไม่คำนึงถึง ว่าผู้ป่วยจะได้รับบาดเจ็บ						A 11 []
12. การผูกมัดเป็นวิธีสุดท้าย หลังจากได้ให้การช่วยเหลือด้วย วิธีอื่นแล้ว						A 12 []

ข้อความ	ทัศนคติ					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับ ผู้ศึกษา
13. ท่านรู้สึกภูมิใจที่สามารถ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม รุนแรงให้สงบลง ด้วยวิธีให้ ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และ การจำกัดพฤติกรรมโดยที่ตัว ท่านและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย						A 13 []
14. ท่านคิดว่าการเข้าไปควบคุม ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จน ผู้ป่วยสงบ ไม่คุ้มค่ากับการเสีย ความรู้สึกที่ถูกผู้ป่วยทำร้าย						A 14 []
15. ท่านได้รับความล้าใจทุกครั้ง จากผู้บริหาร หลังจากได้รับ บาดเจ็บจากการเข้าจำกัด พฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม รุนแรง						A 15 []

แบบประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง (Over Aggression Scale : OAS)

ระดับ	พฤติกรรม	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ลักษณะความก้าวร้าว		มี	มี	มี
ระดับ 1		.....	.....	.....
ก้าวร้าวทางคำพูด	- ต้งเสียงดัง หงุดหงิด ตะโกนด้วยความโกรธ	.....	.....	.....
	- ตะโกนคำผู้อื่น ถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น ไอ้โง่	.....	.....	.....
ก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	- ปัดประตูละเอียด ทำเสื้อผ้าข้าวของกระเจา	.....	.....	.....
ระดับ 2		.....	.....	.....
ก้าวร้าวทางคำพูด	- ดุด่าคำหยาบคาย รุนแรง คำสกปรก	.....	.....	.....
ก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	- ขว้างสิ่งของ เตะเฟอร์นิเจอร์ ทบกำแพง	.....	.....	.....
ก้าวร้าวต่อตนเอง	- จิกข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม (ไม่บาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย)	.....	.....	.....
	- โขกศีรษะ ต่อสิ่งของ	.....	.....	.....
	- กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก หรือให้เจ้าหน้าที่ควบคุมตนเองไว้	.....	.....	.....
ก้าวร้าวร่างกายต่อผู้อื่น	- ทำท่าทางคุกคามกำหมัด ต่อยลม จับเสื้อผ้า	.....	.....	.....
	- พุ่งชน เตะ ผลัก ดึงผมไม่บาดเจ็บ	.....	.....	.....
ระดับ 3		.....	.....	.....
ก้าวร้าวทางคำพูด	- พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน “ฉันจะฆ่าแก”	.....	.....	.....
ก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	- ทบสิ่งของแตกกระเจา เช่น ทบกระจก	.....	.....	.....
	- จุดไฟเผา ขว้างของที่อันตราย	.....	.....	.....
ก้าวร้าวต่อตนเอง	- ทำร้ายตนเองรุนแรง รอยกรีดลึก เลือดออก บาดเจ็บภายใน	.....	.....	.....
	กระดูกหัก หมดสติ ฟันหัก	.....	.....	.....
ก้าวร้าวร่างกายต่อผู้อื่น	- ทำร้ายผู้อื่น เกิดบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง (จ้ำ เลือด บวม)	.....	.....	.....
	- ทำร้ายผู้อื่น เกิดการบาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก บาดแผลลึกบาดเจ็บภายใน	.....	.....	.....
	ชื่อ ผู้ประเมิน			
	เวลาที่เกิด-เวลาที่สิ้นสุด			
สาเหตุกระตุ้น	1.อาการทางจิต 2 ทะเลาะกับเพื่อน 3.ไม่พอใจเจ้าหน้าที่ 4.อยากกลับบ้าน 5. แย่งของ 6.ขโมยของ 7.อยากสูบบุหรี่ 8. อื่นๆ.....			
การพยาบาล	1.พูดคุยกับผู้ป่วย 2.เข้าห้องแยก 3.ให้ยาฉีดทันที 4.ผูกมัดผู้ป่วย ชื่อ พยาบาล			

ชื่อ ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN..... AN..... ตึกศรีตรัง

ชื่อ.....HN.....ดีก.....

หัวข้อการประเมิน	วันที่.....					วันที่.....					วันที่.....					วันที่.....				
	ผู้ประเมิน.....					ผู้ประเมิน.....					ผู้ประเมิน.....					ผู้ประเมิน.....				
	ระดับความรุนแรง	0	1	2	3	4	ระดับความรุนแรง	0	1	2	3	4	ระดับความรุนแรง	0	1	2	3	4		
1. ประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Thai HoNOS)																				
1.1 ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไปหรือความรุนแรง (Violence)																				
1.2 มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (Suicide)																				
1.3 ปัญหาดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติด																				
1.4 ปัญหาด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคล และความเข้าใจเรื่องต่างๆ																				
1.5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมทางร่างกาย																				
1.6 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด																				
1.7 อารมณ์ซึมเศร้า (สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกคิดไม่ว่างจะรู้สึกอะไรก็ตาม)																				
1.8 ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ (ไม่มีในหมวดอื่นๆ ที่ได้ประเมินไว้)																				
1.9 ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น (การสื่อสาร การแยกตัวของผู้ป่วย)																				
1.10 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม																				
2. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Accidence) เช่น ปัญหาพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวัน , ปัญหาพฤติกรรมของยา (ตัวแข็ง / คื่นเซ / การทรงตัวไม่ดี / ทัศนวิสัยผิดปกติ) , ภาวะถอนพิษสุรา , พิกัดทางร่างกาย, อื่นๆ ระบุ เช่น ปัญหาเคลื่อนไหวในร่างกายไม่สมดุล																				
3. ประเมินความเสี่ยงต่อการหลบหนี (Escape) เช่น กับสน เค้น / วัง เรือเปื่อยออกนอกประตู ประตูรอรอง / ระเบิดรอกลับบ้าน / ขอกลับบ้านเองด้วยข้ออ้างต่างๆ , พยายามหลบหนี , อื่นๆ ระบุ.....																				
4. การประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต สังคม																				
4.1 ทักษะด้านสุขภาพส่วนบุคคล (อาหาร น้ำ แปรงฟัน ตัดเล็บ สระผม)																				
4.2 ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน/โรงพยาบาล(จัดการกับเพื่อน การขับถ่ายถูกที่ การให้น้ำอย่างประหยัด ทั้งขยะถูกที่)																				
4.3 ทักษะด้านสังคม (การสื่อสาร การทักทาย, การสบตา, การใช้คำพูดสุภาพ ขอบคุณ ขอโทษ, ถามเรื่องสงฆ์)																				
4.4 ทักษะการพักผ่อน (การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ/ค้นหาการ/กีฬา/ดูโทรทัศน์/ฟังวิทยุ/อ่านหนังสือ)																				
4.5 ทักษะด้านการงาน / อาชีพ / การเรียน																				
4.6 ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ด้านการประกอบอาชีพ/การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ในชุมชน/ด้านการช่วยเหลือตนเอง)																				

(คำอธิบายด้านล่าง)

คำอธิบายสำหรับการประเมินแต่ละด้าน

1. การประเมินด้านอาการ (ระดับคะแนนตั้งแต่ 2 ลงมา ย้ายไปที่กลุ่มผู้ป่วยพิเศษ และ เข้ากลุ่มได้ กรณีของผู้ป่วยพิเศษ ประเมินระดับคะแนน 3,4 ย้ายที่ผู้ป่วยสามัญ) 0 = ไม่มีปัญหา 1 = มีปัญหาเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการดำเนินการใดๆ 2 = ปัญหาไม่รุนแรง แต่เห็นได้ชัด 3 = ปัญหารุนแรงปานกลาง 4 = มีปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก	แนวทางการประเมิน OPD 1. ผู้ป่วย Admit ประเมินข้อ 1 2. ผู้ป่วยติดตามต่อเนื่องในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินข้อ 1, ข้อ 4 IPD 1. ข้อ 1 (HoNOS) ประเมินก่อนย้ายเตียง / ประเมินก่อนเข้ากลุ่มผู้ป่วยพิเศษ 1 ครั้ง จนกว่าจะได้คะแนน ≤ 2 , ประเมินวันจำหน่าย / HV และประเมินหลังกลับจาก HV 2. ข้อ 2, ข้อ 3 ประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะได้คะแนน = 0 หมายเหตุ คำอธิบาย HoNOS ประกอบการประเมิน ศึกษาในคู่มือ Thai HoNOS
2. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 0 = ไม่มีปัญหา 1 = เดินเซ ทรงตัวไม่ดี 2 = การทรงตัวไม่ดี ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือมีรอยถลอก 3 = การทรงตัวไม่ดี ได้รับบาดเจ็บ หรือต้องส่งกวดอาการบาดเจ็บ 4 = การทรงตัวไม่ดี เกิดอันตรายถึงชีวิต หรือต้อง Refer 3. ประเมินความเสี่ยงต่อการหลบหนี 0 = ไม่มีความเสี่ยง (ไม่มีพฤติกรรมและไม่มีความคิดหลบหนี) 1 = ระบายเรื่องกลับบ้าน ขอกลับบ้านเองด้วยข้ออ้างต่างๆ 2 = มีความคิดหลบหนี พูดต่อเรื่องร้องกลับบ้าน สะสมอุปกรณ์เพื่อหลบหนี 3 = พยายามหลบหนี / เดินเรื่อยเปื่อยออกนอกประตู 4 = หลบหนีออกจากโรงพยาบาล 4. การประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ข้อ 4.1 - 4.3 ระดับคะแนน 0-3 เข้ากลุ่มได้ ข้อ 4.4 - 4.6 ระดับคะแนน 2,3,4 ส่งเสริมบังคับ 0 = ปฏิบัติตามได้ปกติ 1 = ปฏิบัติได้เอง ต้องกระตุ้น 2 = ปฏิบัติได้บางครั้ง แต่ต้องกระตุ้นและแนะนำมาก 3 = ปฏิบัติได้น้อยมาก ต้องกำชับช่วยเหลือ 4 = ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	

ภาคผนวก ข

ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

1. แนวคิด ทฤษฎีของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
3. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

1. แนวคิด ทฤษฎีของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) หมายถึง ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งด้านคำพูดหรือท่าทาง ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ ความระแวงสงสัย ไม่สมหวัง เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม อาจแสดงออกด้วยการคุกคาม มีเจตนาข่มขู่หรือทำให้หวาดกลัว (Harper-Jaques & Reimer, 2001; Hamolia, 2005)

พฤติกรรมรุนแรง (Violence) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึกที่ถูกคุกคามหรือรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในอันตราย โดยพฤติกรรมรุนแรงเป็นกระบวนการต่อเนื่องของความรู้สึกหงุดหงิด คลางแคลงใจ บั่นทอนความโกรธออกมาอย่างกะทันหัน มีการแสดงออกของแรงขับความก้าวร้าว หรือความไม่เป็นมิตร เพื่อการทำลาย และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกทันที เป็นการกระทำของบุคคลที่อาจกระทำต่อวัตถุ บุคคลอื่นหรือตนเอง (Videbeck, 2001) โดยมีตั้งแต่การใช้คำพูดที่หยาบคายจนถึงขั้นแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น โดยการใช้พลังกำลังในการจู่โจม ทำร้ายร่างกาย มีผลให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นยังทำลายทรัพย์สินสิ่งของเสียหาย

พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มี 3 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ ขาดความอดทน อยู่หนึ่งไม่ได้ อารมณ์ถึงโศก มีท่าทางแสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร ไม่พอใจ เจ็บแค้นผิดปกติ ปฏิเสธความจริง มีความกลัว มีความวิตกกังวลสูง
2. ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ รู้สึกตัวเองซึมเศร้า ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย
3. ด้านพฤติกรรมทั้งคำพูดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพูดคำหยาบคาย วิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ส่งเสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจการพูด พูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดจนเสียงแหบ คอแห้ง ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่ดี ไม่สนใจเรื่องของการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางอารมณ์สูง ทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ หาเรื่องวิวาท ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ชกต่อย ทุบตี ใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่น (จิตงาน พลพฤษา, 2540)

พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (Verbal violent behavior) ประกอบด้วย การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกคนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไร คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามขู่จะทำร้าย

2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (Physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมหัก ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม ตีระชอกฟันกำป็นชก สิ่งของกระแทกตัวเองกับผนัง ห้องมีรอยฟกช้ำที่ลำตัว

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น (Physical violent behavior against other people) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว ชกต่อย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวมหรือรุนแรงจนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเข่าประทุ ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ขีดเขียนฝาผนังห้องทึบกระจก (Yudofsky et al. 1996)

วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช มี 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 มีสิ่งกระตุ้น (Triggering) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโกรธ กระสับกระส่าย วิตกกังวลไวต่อสิ่งกระตุ้น กล้ามเนื้อตึงตัวหายใจเร็วเหงื่อออกมากพูดเสียงดัง โกรธ

ระยะที่ 2 การก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Escalation period) ผู้ป่วยจะแสดงการเคลื่อนไหวมากขึ้น ขาดการควบคุมตนเองใบหน้าซีดขาวหรือแดงช้ำน ตะโกน พูดคำหยาบ กำหมัดแน่น ทำทางคุกคามไม่เป็นมิตร สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา หลงผิด

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤต (Crisis) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะแสดงออกทางอารมณ์ ขว้างปาสิ่งของ เตะ ตี ถ่มน้ำลาย กัด ข่วน กรีดร้องเสียงแหลมและทางร่างกายไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน

ระยะที่ 4 ระยะคืนสู่ปกติ (Recovery) ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกทางร่างกายได้ปกติ เสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พูดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย

ระยะที่ 5 หลังจากระยะเวลาวิกฤตผ่านไปแล้ว (Post crisis) ผู้ป่วยจะพยายามประนีประนอม และกลับมาทำงานได้อย่างปกติเหมือนเดิม รู้สึกผิดในสิ่งที่กระทำ กล่าวขอโทษ แยกตัวเอง (Videbeck, 2001)

สัญญาณเตือนผู้ป่วยใกล้จะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2541)

1. มีการพูดเสียงดัง พูดเป็นเชิงข่มขู่ และใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย
2. มีกล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น เช่น นั่งขอบเก้าอี้ หรือเอามือกำพนักที่วางแขนของเก้าอี้
3. มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เช่น ออกก้าวเดิน หรือจุ่นง่าน อยู่ไม่สุข
4. มีการปิดประตูคังปั้ง หรือเคาะเครื่องแต่งบ้าน
5. มีการพูดขึ้นมาเองโดยผู้ป่วยด้วยความสงสัยในตัวเอง
6. มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจมากขึ้น
7. มีลักษณะระแวงเด่นชัดในผู้ป่วยโรคจิตเวช
8. มีประสาทหลอนทางหูสั่งให้ทำรุนแรง

9. มีการกระทำรุนแรงเมื่อเร็วๆ นี้
10. มีอาการเมาสุราหรือเมาสารเสพติด
11. มีโรคทางสมอง
12. มีอาการ Mania ที่ชัดเจน
13. มีอารมณ์เศร้า ที่มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจอย่างชัดเจน
14. มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ เช่น เดือดดาล พฤติกรรมรุนแรง
15. นอกจากนี้ยังมีปัจจัยประกอบอื่นเช่นที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงคือความเครียด

ทฤษฎีและสาเหตุที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

1. แนวคิดทฤษฎีทางชีววิทยา

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสมอง โครงสร้างของสมองส่วนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง คือ ระบบลิมบิก (Limbic system) และสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง สารเคมีในสมองและอาการที่เกิดจากซีโรโตนินต่ำ และยังพบว่าอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีส่วนสำคัญในการผลิตสารซีโรโตนินซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย คือฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) มากกว่าระดับปกติ ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น

2. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายถึงสัญชาตญาณของบุคคลที่แสดงออก จากการเก็บกดความรู้สึกไม่สุขสบาย และการไม่ได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ Freud ได้อธิบายถึงธรรมชาติของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของมนุษย์ เกิดจากความต้องการทางเพศว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่มีแต่กำเนิดที่สามารถแสดงออกเมื่อบุคคลมีความก้าวร้าว แรงขับความก้าวร้าวจะถูกพัฒนาเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ก็ต่อเมื่อแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาทางเพศ ของบุคคลเหมาะสม ผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศที่ไม่เหมาะสม จะมีพลังงานความก้าวร้าวติดค้างแฝงอยู่ในจิตไร้สำนึกและพลังงานส่วนนี้หาทางออกด้วยวิธีการที่สลับซับซ้อน

3. แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรม

Bandura (1997) ยังได้กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงเกิดภายใต้การควบคุม ซึ่งเกิดจากการสังเกตรูปแบบการเรียนรู้พฤติกรรมรุนแรงจะเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรง เมื่อบุคคลรู้สึกโกรธจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงและเมื่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงทำให้บุคคลได้รางวัล จะยิ่งส่งเสริมให้บุคคลแสดงความรุนแรง

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช เกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ ดังนี้

1) สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุที่เกิดจากการที่ใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดต่างๆ สารต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการโรคจิตได้ เช่น ยาบ้า พบว่าการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราเป็นสาเหตุ 1 ใน 15 สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

2) สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวช จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด และหวาดระแวง

3) สาเหตุจากบุคลิกภาพของผู้ป่วยเอง พบว่า เพศและเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายร่างกาย โดยเพศชายจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง

4) สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

4.1) ด้านบุคลิกภาพ

- การสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่มีคุณภาพ
- การไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและมีความรู้สึกขัดแย้งกับผู้ป่วย
- การใช้กฎข้อบังคับกับผู้ป่วยมาก ไม่ให้อิสระแก่ผู้ป่วย

4.2) สาเหตุและปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

- สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย
- สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย
- สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ
- สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคลากร

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ(2543) ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งแปลมาจาก The Overt Aggression Scale for Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Yudofsky et al. (1986)

มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้ Overt Aggression Scale : OAS ซึ่งประกอบด้วย ก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวทางร่างกายต่อวัตถุสิ่งของ ก้าวร้าวทางร่างกายต่อตนเอง ก้าวร้าวทางร่างกายต่อผู้อื่น

ระดับความรุนแรงเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติของแบบประเมิน OAS ฉบับแปลภาษาไทยของ
ราชบัณฑิตยสถาน ประกรกิจ และคณะ (2543)

ระดับ 0 หมายถึง อาการสงบ

ระดับ 1 หมายถึง อารมณ์หงุดหงิด เริ่มส่งเสียงดัง ปิดประตูเสียงดังทึบของกระจัด
กระจาย แต่ยังไม่ฟัง คำเตือน แล้วสงบลงได้

ระดับ 2 หมายถึง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ คำคำหยาบคาย คุกคาม ขว้างปาสิ่งของ เตะ
เก้าอี้ ทับโต๊ะ ตีตนเอง ข่วน ทำท่าต่อข่ม ชูจับเสื้อผ้า มีท่าที่อาจเกิด
อันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

ระดับ 3 หมายถึง การขู่จะฆ่า ทบกระຈก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว-จาน กรีดแขนตนเอง กัดจน
เลือดออก เกิดการบาดเจ็บเข้าบวมเป็นแผลลึก ซ้ำใน ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น
และทรัพย์สิน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีอาวุธ

ตารางแสดงลักษณะและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม

การแสดงออก	รุนแรงระดับ 1	รุนแรงระดับ 2	รุนแรงระดับ 3
คำพูด	หงุดหงิด ใช้เสียงดัง	คำคำหยาบคาย คุกคาม	ขู่จะฆ่า
ทำลายสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง ทึบ สิ่งของกระจัดกระจาย	ขว้างปาสิ่งของ เตะเก้าอี้ ทาบกำแพง ทับโต๊ะ	ทบกระຈก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว-จาน
ทำร้ายตนเอง	-	ตีตนเอง ดึงผม ข่วน	กรีดแขนตนเอง รอยขีด กัดจนเลือดออก
ทำร้ายคนอื่น	-	ทำท่าต่อข่ม ชูจับเสื้อผ้า	เกิดการบาดเจ็บ ซ้ำ บวมเป็นแผลลึก ซ้ำใน

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 1

- 1) เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลจะใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 15 นาที
- 2) ประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ได้ ระดับ 1 ให้จัดกิจกรรมที่เหมาะสม 30 นาที

แล้วประเมินระดับความก้าวร้าว หากประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ ถ้าประเมินได้ระดับ 1 พยาบาลวิชาชีพพิจารณาติดตามความจำเป็นและเฝ้าระวังสังเกตอาการ ประเมินซ้ำใน 1 ชั่วโมง ถ้า ประเมินได้ระดับ 1 รายงานแพทย์ให้การรักษา แพทย์ตอบสนองภายใน 15 นาที และให้พยาบาล วิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลประเมินใน 1 ชั่วโมง (ดังในภาพที่ 1)

การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 2

พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตามหน่วยรักษาความปลอดภัยภายใน 5 นาที และตามแพทย์มาภายใน 15 นาที พร้อมทั้งเตรียมยาฉีดตามความจำเป็น

เจ้าหน้าที่คนที่ 2 จะใช้เวลาพูดคุยให้ผู้ป่วยได้พูดระบาย ปัญหาความรู้สึก พร้อมทั้งประเมินความรุนแรงตามแบบประเมิน OAS ให้การดูแลตามการประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง ดังนี้

- ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ
- ระดับ 1 ให้การดูแลตามระดับ 1
- ระดับ 2 พยาบาลวิชาชีพพิจารณาใช้ห้องแยกหรือพิจารณาผูกขี้ด หลังจากนั้นแพทย์ ประเมินและให้การรักษาและประเมินซ้ำใน 1 ชั่วโมง ถ้าประเมินได้ระดับ 1 พิจารณายกเลิกการจำกัดพฤติกรรมตามความเหมาะสม และจัดกิจกรรม ถ้า ประเมินได้ระดับ 2 รายงานแพทย์ซ้ำ แพทย์ประเมินและให้การรักษา ประเมิน ใน 1 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่สงบมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มขึ้นจนถึง ระดับ 3 ให้การดูแลตามระดับ 3

เจ้าหน้าที่คนที่ 3 ดูแลสิ่งแวดล้อม

การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ระดับ 3

พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตามหน่วยรักษาความปลอดภัยภายใน 5 นาที และตามแพทย์มาภายใน 15 นาที

เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ดูแลสิ่งแวดล้อม หน่วยรักษาความปลอดภัย พร้อมเจ้าหน้าที่จำกัดพฤติกรรม
พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมให้การรักษาคำสั่งการรักษาของแพทย์ ติดตามความจำเป็น แพทย์
ประเมินใน 30 นาที ให้การดูแลตามระดับความรุนแรง

- ระดับ 1 ให้การดูแลตามระดับ 1
- ระดับ 2 และระดับ 3 ให้การรักษา ผูกข้อ ให้ยาติดตามความจำเป็น พยายามให้ความรู้
ความรู้สึกและประเมินซ้ำใน 30 นาที หากความก้าวร้าวและรุนแรงมีอยู่อย่าง
ต่อเนื่องและการรักษาที่ให้ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ ให้พิจารณา
Refer เป็นกรณีไป

กลยุทธ์การป้องกัน ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง

1. การที่บุคคลรู้สติในความเป็นตัวเอง
 - พฤติกรรมของตนเองที่แสดงออก
 - ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อตนเอง
 - องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก
 - ความต้องการและความปรารถนาของตนเอง
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
3. การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย

กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory strategies) ได้แก่ การวางแผนการสื่อสาร

- 1) การมองในแง่ดีและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
- 2) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
 - (1) การยอมรับผู้ป่วย
 - (2) มีความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย
 - (3) การให้กำลังใจ
- 3) การสื่อสารเพื่อการบำบัด

รู้ถึงความคิดความรู้สึกและการกระทำของตนเอง พยาบาลต้องรู้ว่าตนเป็นใครมีบทบาทหน้าที่อย่างไร
รู้สึกต่อสภาพการณ์และผู้ป่วยอย่างไร Hamolia (2005) พยาบาลต้องรู้จักและเข้าใจตนเอง อารมณ์
ความรู้สึก พฤติกรรม พยาบาลต้องรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยด้วย ซึ่งพฤติกรรมผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตาม
ประสบการณ์และอารมณ์เพื่อการบำบัด ควรมีการสอนการจัดการกับความโกรธ การสอนทักษะการ
จัดการกับความโกรธ ได้แก่

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อม

ครั้งที่ 1 การรู้จักความโกรธ

ครั้งที่ 2 สัญญาณเตือนของความโกรธ

ขั้นที่ 2 การสอนและการฝึกทักษะ

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก

ขั้นที่ 3 การนำทักษะไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 การนำทักษะไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน

การสื่อสารเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีความโกรธ

แนวทางการพูด

1. พยาบาลรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบและสังเกตท่าทางของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความโกรธ ถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ
2. น้ำเสียงที่พูดกับผู้ป่วยต้องแสดงความสนใจ ห่วงใยและหนักแน่น มั่นคง พูดกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยในขณะนั้น เช่น ดูเหมือนคุณกำลังโกรธ
3. การพูดควรเป็นในลักษณะไม่ข่มขู่ พูดช้า ๆ ชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความรู้สึกของผู้ป่วย
4. ควรหลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจหรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วย ในสิ่งที่พยาบาลไม่แน่ใจว่า จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้ว่าเขาจะถูกลงโทษเนื่องจากการแสดงอารมณ์โกรธ

สิ่งที่ควรระวังและหลีกเลี่ยง

1. ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยเพียงลำพัง
2. ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเพราะคิดว่าพยาบาลจะจูโจม
3. ไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยที่มีท่าทีอะอะ อาละวาด
4. ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยควรยืนทะแยงกับผู้ป่วย
5. ท่าทางของพยาบาลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้น
 - 1) การยืนเท้าสะเอวดูเหมือนการวางอำนาจ
 - 2) การยื่นเอามือไขว้ค้ำหน้าดูเหมือนกลัวผู้ป่วย
 - 3) การยื่นเอามือไขว้ข้างหลังดูเหมือนพยาบาลซ่อนอาวุธ
6. กิริยาท่าทางของพยาบาลต้องไม่ใช่สายตาดึงดูดผู้ป่วยเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวมากยิ่งขึ้น

การสร้างทัศนคติที่ดีและแสดงออก

การสร้างทัศนคติที่ดี ขอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาได้ การแสดงออกถึงการเห็นคุณค่าในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สงบ เป็นมิตร ผ่อนคลาย ให้ความใส่ใจ รับฟัง ไม่คุกคาม ไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิ

การวางแผนทางด้านสิ่งแวดล้อม

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งมีวิธีปฏิบัติดังนี้

- การเคลื่อนย้ายสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ ออกจากสิ่งแวดล้อม เช่น ของมีคมและเชือก
- หาสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากอันตราย ให้อาการดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- มีขั้นตอนในการตรวจค้นอาวุธ ที่อาจติดตัวผู้ป่วยหรือญาติมาขณะรับผู้ป่วยไว้รักษา
- มีป้ายเตือนญาติในการปฏิบัตินำสิ่งของมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัย
- แนะนำญาติที่ดูแลผู้ป่วยในประเด็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย
- จำกัดไม่ให้ผู้ป่วยใช้อาวุธ เช่น ของมีคมและเชือก
- ต้องสังเกตและระวังเมื่อผู้ป่วยใช้มีดโกน
- จัดให้ผู้ป่วยมีเพื่อน เพื่อป้องกันผู้ป่วยแยกตนเอง และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความคิดความรู้สึกที่เป็นอันตรายของตนเอง
- จัดเตรียมห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายคนอื่น
- จัดห้องนอนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงใกล้ห้องปฏิบัติการพยาบาล
- จำกัดไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงหน้าต่าง ยกเว้นแต่ถ้ากระจกหน้าต่างถูกปิดและไม่ได้ทำจากวัสดุที่แตกได้
- จัดเตรียมห้องที่มีความแข็งแรง และสามารถปิดล็อกได้ดี
- จัดเตรียมถ้วย จาน ชาม และอุปกรณ์ในการใส่อาหารที่ทำด้วยพลาสติกให้ผู้ป่วยได้ใช้
- จัดเตรียมให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานการณ์ ที่ถูกจำกัดพฤติกรรมน้อยที่สุด แต่อาจจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยตามที่พยาบาลสังเกต และประเมินระดับความรุนแรงก้าวร้าวที่ผู้ป่วยแสดงออก
- เตรียมขั้นตอนควบคุมผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยการให้การรักษาด้วยยา หากประเมินว่ามีความจำเป็น
- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอื่นออกจากสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง
- จัดเตรียมสภาพภายในห้องแยกที่ปลอดภัย เพื่อจัดให้ผู้ป่วยอยู่เมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ ให้ทำด้วยพลาสติกมากกว่าทำด้วยเหล็ก เช่น ไม้แขวนผ้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด

ความหมายของการผูกมัด

- การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัดผู้ป่วยติดกับเตียง โดยมีความตั้งใจที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ป้องกันการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ (Joanna Briggs Institute, 2002)

- การจำกัดการเคลื่อนไหวในส่วนที่ควบคุมได้ โดยใช้อุปกรณ์ที่ประยุกต์ใช้เพื่อการผูกมัด ซึ่งอาจจะจำกัดทุกส่วนของร่างกายหรือเพียงบางส่วน (Rickelman, 2003)

- การใช้ผ้าผูกข้อมือ ข้อเท้า และหรือลำตัวของผู้ป่วย เพื่อเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่ให้ผู้ป่วยใช้แขนขาทำอันตรายตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของ โดยที่การผูกมัดจะใช้เป็นวิธีสุดท้ายหากใช้วิธีการพยาบาลอื่นๆ แล้วไม่ได้ผลกล่าวโดยสรุป การผูกมัด หมายถึง การจำกัดการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย หรือเพียงบางส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยใช้อุปกรณ์ที่มีการเตรียมสำหรับใช้ผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย ทีมการรักษาหรือต่อบุคคลอื่น โดยจะเลือกใช้การผูกมัดเป็นวิธีสุดท้ายหากใช้วิธีการพยาบาลอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล (กัลยา ภักดีมิงคล, 2541)

วัตถุประสงค์ของการใช้การผูกมัด

1. เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เพื่อควบคุมอาการที่เกิดจากพิษของยาหรือพิษของแอลกอฮอล์
3. เพื่อเป็นการรักษา โดยจะใช้การผูกมัดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ในระยะที่ผู้ป่วยมี แคนนอน และคณะ

(Cannon et al., 2001)

ชนิดของการผูกมัด

1. การใช้ผ้ารัดลำตัวผู้ป่วย (body band restraint) ให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง ใช้ผ้ารัดบริเวณหน้าท้องแล้วไขว้ผ้าอ้อมหลังผู้ป่วยแล้วนำปลายไปผูกมัดกับเตียงด้านตรงข้าม
2. การใช้ผ้ารัดหน้าอก (the posy belt) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าที่มีความกว้างประมาณ 6 นิ้ว วางทบบนลำตัว แล้วไขว้ปลายผ้าผูกติดแน่นกับเตียง
3. การมัดข้อมือและข้อเท้า (wrist and ankle restraint) เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกข้อมือและหรือข้อเท้าของผู้ป่วยซึ่งมีอยู่หลายชนิดคือ

3.1 เป็นการผูกมัดอวัยวะของผู้ป่วย 2 ส่วนคือ

- 3.1.1 การผูกมัดมือทั้งสองข้าง
- 3.1.2 การผูกมัดข้อเท้าทั้งสองข้าง
- 3.1.3 การผูกมัดข้อมือและข้อเท้าด้านตรงกันข้ามติดกับเตียง

3.2 การผูกยึดแบบสี่จุด (four point restraint) เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกทั้งข้อมือข้อเท้าของผู้ป่วย ทั้งหมดติดกับเตียง ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ได้ผลมากที่สุด
วิธีหนึ่ง

4. ให้ผู้ป่วยสวมเสื้อที่มีสายสำหรับผูกยึดได้ (the safety vest or strait jacket) เป็นการสวมเสื้อที่ผูกรัดแขนผู้ป่วย เพื่อผูกผู้ป่วยไว้แน่นติดกับเก้าอี้ เก้าอี้ล้อเลื่อน หรือเสา โดยให้ผู้ป่วยสวมเสื้อที่มีลักษณะเหมือนเสื้อที่มีสายยาวด้านข้างและด้านหน้าของเสื้อสำหรับใช้ผูกยึดกับเก้าอี้หรือเสา

5. การผูกยึดรูปตัวอักษรวี (the V-type restraint) เป็นวิธีผูกยึดผู้ป่วยในลักษณะที่ผู้ป่วยครึ่งนั่งครึ่งนอนบนเตียง โดยใช้ผ้าพันรอบอกผู้ป่วยบริเวณรักแร้ พันผ้าจากหลังไปหน้า เมื่อพันได้หนึ่งรอบให้ผ้าข้ามไหล่ด้านตรงกันข้ามไปวนรอบคอผู้ป่วยและนำปลายผ้าทั้งสองผูกติดกับหัวเตียง วิธีนี้ไม่นิยมใช้เพราะถ้าหากผู้ป่วยดิ้นจะทำให้ผ้าที่ผูกแน่น ผู้ป่วยจะหายใจไม่ออกอาจเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนได้

6. ใช้กางเกงที่มีสายสำหรับให้ผูกยึดได้ ใช้วิธีการเกี่ยวกับการสวมเสื้อผูกยึดโดยให้ผู้ป่วยสวมกางเกงหลวมๆ ขาสวมส่วนที่เรียกว่า ปิยาม่า (pajama) ซึ่งผูกติดกับเก้าอี้ ด้านหลังของกางเกงแนบเก้าอี้จะมีช่องสำหรับอุ้งจาระและปัสสาวะได้ วิธีนี้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้สะดวก สามารถเข็นรถไปด้วยตัวเอง แต่ไม่สามารถหนีออกจากเก้าอี้ได้

7. ใช้เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ (geriatric chair) เป็นเก้าอี้เหมือนเก้าอี้ทั่วไป พิเศษที่ด้านข้างของเก้าอี้ต่อด้วยไม้ขึ้นข้างบน ประมาณ 14 เซนติเมตร เมื่อผู้ป่วยนั่งเก้าอี้เรียบร้อยแล้ว จะมีไม้ 2 อันไขว้กันเป็นรูปกากบาทปิดกั้นผู้ป่วยข้างบนเพื่อกันผู้ป่วยออกจากเก้าอี้ วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขึ้นลงได้เล็กน้อย

8. การใช้ผ้าปู (sheet restraint) ใช้ผ้าปูที่นอนห่อตัวผู้ป่วยในลักษณะมัมมี่

9. การใช้ผ้าห่มเย็น (cold wet sheet pack) การใช้ผ้าปูที่นอนห่อหุ้มร่วมกับการใช้ความเย็นประคบ โดยผูกยึดผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่งลักษณะมัมมี่ ขั้นในสุดเป็นผ้าปูที่นอนที่จุ่มน้ำเย็นเกือบแห้ง วิธีนี้จะได้ผลดีถ้าห่อหุ้มผู้ป่วยได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะไม่ได้ผลจากการศึกษาของ วิลลิส เชยบัวแก้ว (2532) พบว่าการที่จะเลือกใช้วิธีการผูกยึดควรพิจารณาจากความจำเป็นที่เห็นจากตัวผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรง ลับสน การผูกมือและเท้าติดกับเตียงก็เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอยู่นิ่งไม่ได้ อาจใช้การผูกข้อมือและเท้าผู้ป่วยไว้กับเตียงโดยอาจจะใช้ร่วมกับการให้ยาสงบประสาท สำหรับผู้ป่วยที่เอะอะคลุ้มคลั่ง ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา จำเป็นต้องใช้เครื่องผูกยึดที่มีความแข็งแรงขึ้นเพื่อผูกยึดผู้ป่วยไว้ให้อยู่กับเตียง การใช้เสื้อสำหรับการผูกยึดจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะเสื้อจะช่วยผูกยึดส่วนที่เป็นลำตัวของผู้ป่วยให้ติดกับเตียง และอาจต้องใช้ผ้าผูกข้อมือและข้อเท้าร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยประเภทนี้มักจะหาทางแกะเชือกผูกยึดได้เองถ้าหากไม่ผูกยึดมือและเท้าไว้ด้วย Rickelman, 2003 และโรเปอร์, คอทท์, เซเธอร์, และ เทย์เลอร์, 1985)

ดำเนินงาน นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีรายละเอียดดังนี้

1) การประเมินตาม SAVE precaution โดยแบบประเมิน Thai HoNOS เพื่อเป็นการคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและให้การเฝ้าระวังตามรูปแบบเดิม

2) กรณีเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมิน OAS ฉบับแปลภาษาไทยของ รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) ประกอบด้วย ก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวทางร่างกายต่อสิ่งของ ก้าวร้าวทางร่างกายต่อตนเอง และก้าวร้าวทางร่างกายต่อผู้อื่น ซึ่งเกณฑ์ในการประเมินแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0 หมายถึง อาการสงบ ระดับ 1 หมายถึง อารมณ์หงุดหงิด เริ่มส่งเสียงดัง ปิดประตูเสียงดังทิ้งสิ่งของกระจัดกระจาย แต่ยังฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ระดับ 2 หมายถึง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ คำคำหยาบคาย คุกคาม ขว้างปาสิ่งของ ตะโกนอื้อ ทูบโต๊ะ ตีตนเอง ช่วน ทำท่าต่อข่ม ชูจับเสื้อผ้า มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ระดับ 3 หมายถึง การขู่จะฆ่า ทูบกระຈก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว-จาน กรีดแขนตนเอง กัดจนเลือดออก เกิดการบาดเจ็บ ข้างวมเป็นแผลลึก ข้ำโน ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีอาวุธ

รายละเอียดของการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม

การแสดงออก	รุนแรงระดับ 1	รุนแรงระดับ 2	รุนแรงระดับ 3
คำพูด	หงุดหงิด ใช้เสียงดัง	คำคำหยาบคาย คุกคาม	ขู่จะฆ่า
ทำลายสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง ทิ้งสิ่งของกระจัดกระจาย	ขว้างปาสิ่งของ ตะโกนอื้อ ทูบกำแพง ทูบโต๊ะ	ทูบกระຈก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว-จาน
ทำร้ายตนเอง	-	ตีตนเอง ดึงผม ช่วน	กรีดแขนตนเอง รอยขีด กัดจนเลือดออก
ทำร้ายคนอื่น	-	ทำท่าต่อข่ม ชูจับเสื้อผ้า	เกิดการบาดเจ็บ ข้างวมเป็นแผลลึก ข้ำโน

3) กิจกรรมการพยาบาล หลังจากประเมินได้ระดับความรุนแรงแล้ว ให้การดูแลตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ดังนี้

3.1) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงระดับ 1 ให้การดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 15 นาที เพื่อประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ทำการประเมินซ้ำถ้าประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ แต่ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 ให้กิจกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่องอีก 30 นาที ถ้าระดับความรุนแรงเพิ่มระดับขึ้นเป็นระดับ 2 หรือ 3 ให้การดูแลตามระดับความรุนแรงนั้น

3.2) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงระดับ 2 ให้การดูแลโดยการเตรียมทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ เจ้าหน้าที่คนที่ 1 กดกริ่งขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ตึกคู่ buddy (ตึกเพื่อนฟ้า) และเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล พร้อมทั้งเตรียมยาฉีดตามความจำเป็น เจ้าหน้าที่คนที่ 2 จะใช้เวลาในการพูดคุยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหาความรู้สึก พร้อมทั้งประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรงตามแบบประเมิน OAS ถ้าประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ แต่ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 ให้การดูแลตามระดับ 1 ถ้าอาการไม่สงบมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จนประเมินได้ระดับ 3 ให้การดูแลตามระดับ 3

3.3) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงระดับ 3 ให้การดูแลโดยการเตรียมทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ เจ้าหน้าที่คนที่ 1 กดกริ่งขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ตึกคู่ buddy เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และตามแพทย์ เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ดูแลสิ่งแวดล้อม เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึด เจริญต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อมีอัตรากำลังมีความพร้อม ทั้งนี้เพื่อให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปจำกัดพฤติกรรม พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมให้การรักษาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ฉีดยาตามความจำเป็น ทำการประเมินซ้ำและให้การดูแลตามระดับความก้าวร้าวและรุนแรงแต่ละระดับ

1.2 ผลการศึกษาในบุคลากรทีมการพยาบาลตึกศรีตรัง

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรตึกศรีตรัง

บุคลากรตึกศรีตรังที่ร่วมโครงการมีจำนวน 27 คน มีรายละเอียดข้อมูลทั่วไป ดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามลักษณะประชากรและการศึกษา
(N = 27 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	7	25.9
	หญิง	20	74.1
อายุ			
	20-30 ปี	3	11.1
	31-40 ปี	8	29.6
	41-50 ปี	12	44.4
	51-60 ปี	4	14.8
การศึกษา			
	มัธยมศึกษา	8	29.6
	อนุปริญญา	3	11.1
	ปริญญาตรี	14	51.8
	ปริญญาโท	2	7.4
สถานภาพสมรส			
	โสด	5	18.5
	คู่	18	66.7
	หย่า/แยก	4	14.8

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามลักษณะประชากรและการศึกษา
(N=27 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	6	22.2
6-10 ปี	1	3.7
11-15 ปี	6	22.2
16-20 ปี	5	18.5
21-25 ปี	4	14.8
26 ปีขึ้นไป	5	18.5
การอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช		
เคย	20	74.1
ไม่เคย	7	25.9
การอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง		
เคย	21	77.8
ไม่เคย	6	22.2

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 12 คน รองลงมามีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 8 คน สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด จำนวน 18 คน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 11-15 ปี และ 1-5 ปี มากที่สุด จำนวน 6 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 20 คน ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จำนวน 21 คน

2.2 การประเมินความรู้เจตคติของบุคลากรตึกศรีตรัง

ผลการประเมินความรู้ เจตคติของบุคลากรตึกศรีตรังในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ก่อนและหลังอบรม ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนความรู้ เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
ก่อนและหลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
(N = 27)

บุคลากร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	คะแนนความรู้	คะแนนเจตคติ	คะแนนความรู้	คะแนนเจตคติ
คนที่ 1	12	62	14	67
คนที่ 2	10	53	11	62
คนที่ 3	9	60	10	58
คนที่ 4	6	45	12	55
คนที่ 5	10	45	12	57
คนที่ 6	8	48	12	53
คนที่ 7	10	38	13	60
คนที่ 8	11	39	14	59
คนที่ 9	10	42	14	52
คนที่ 10	12	49	13	51
คนที่ 11	10	41	12	55
คนที่ 12	9	49	11	59
คนที่ 13	8	49	12	59
คนที่ 14	8	42	11	66
คนที่ 15	9	46	12	58
คนที่ 16	9	43	11	57
คนที่ 17	9	50	11	56
คนที่ 18	8	47	12	49
คนที่ 19	10	39	11	47
คนที่ 20	9	49	12	61
คนที่ 21	8	49	11	59
คนที่ 22	6	52	11	48
คนที่ 23	9	52	10	66
คนที่ 24	8	44	13	52

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนความรู้ เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ก่อนและหลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (N = 27) (ต่อ)

บุคลากร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	คะแนนความรู้	คะแนนเจตคติ	คะแนนความรู้	คะแนนเจตคติ
คนที่ 25	6	50	11	52
คนที่ 26	9	54	12	56
คนที่ 27	10	53	12	57

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนความรู้-เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมทุกคน

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ก่อนและหลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (N = 27)

	ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t-test	P-value
		M	SD	M	SD		
1	ความรู้	9.00	1.54	11.85	1.09	-10.53	0.000**
2	เจตคติ	47.77	5.93	56.70	5.22	-6.89	0.000**

**P-value < .05

จากตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้-เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยรวมก่อนและหลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พบว่า

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีระดับความรู้สูง (M = 11.85, S.D. = 1.09) และแตกต่างจากความรู้ก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (M = 9.00, S.D. = 1.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.53, p < .05$)

เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีระดับเจตคติสูง ($M = 56.70$, $S.D. = 5.22$) และแตกต่างจากเจตคติก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ($M = 47.77$, $S.D. = 5.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.89$, $p < .05$)

2.3 การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำรูปแบบการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำรูปแบบการป้องกัน และการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในวันที่ 18 ธันวาคม 2553 ได้รับแบบสอบถามครบทุกคน รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำรูปแบบการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มี

พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ($N = 27$)

ข้อมูล/ร้อยละ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คะแนนเฉลี่ย
1. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เหมาะในการนำมาใช้ที่ตึกผู้ป่วยใน	13	12	2	0	0	4.41
ร้อยละ	48.15	44.44	7.41			
2. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ป้องกันอันตราย และการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้	14	12	1	0	0	4.48
ร้อยละ	51.86	44.44	3.70			
3. ท่านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	9	18	0	0	0	4.33
ร้อยละ	33.33	66.67				

ตารางที่ 8 แสดงความคิดเห็นของบุคลากรต่อการนำรูปแบบการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (N = 27) (ต่อ)

ข้อมูล/ร้อยละ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คะแนนเฉลี่ย
4.ท่านมีความรู้ความเข้าใจในแบบประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรงและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้และง่ายต่อการบันทึก	6	18	3	0	0	4.11
ร้อยละ	22.22	66.67	11.11			

จากตารางที่ 8 จากการประชุมและการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของบุคลากรตึกศรีตรังผู้ร่วมการพัฒนาระบบ พบว่า รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเหมาะในการนำมาใช้ที่ตึกผู้ป่วยในส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 13 คน (48.15%) รองลงมาเห็นด้วย 12 คน (44.44%) รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ส่วนมากเห็นด้วยอย่างยิ่ง 14 คน (51.86%) รองลงมาเห็นด้วย 12 คน (44.44%) มีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงส่วนมากเห็นด้วย 18 คน (66.67%) รองลงมาเห็นด้วยอย่างยิ่ง 9 คน (33.33%) มีความรู้ความเข้าใจในแบบประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรงและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ และง่ายต่อการบันทึกส่วนมากเห็นด้วย 18 คน (66.67%) รองลงมาเห็นด้วยอย่างยิ่ง 6 คน (22.22%)

3. ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยและลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - วันที่ 30 เมษายน 2554)

จำนวนผู้ป่วย (ราย)			ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (ครั้ง)									
			OAS									
			ระดับที่ 1		ระดับที่ 2				ระดับที่ 3			
เฉลี่ย/ วัน	รับ ใหม่	พฤติกรรมก้าวร้าวและ รุนแรง (ใหม่/เก่า)	คำ พูด	สิ่ง ของ	คำ พูด	สิ่ง ของ	คน อื่น	ตน เอง	คำ พูด	สิ่ง ของ	คน อื่น	ตน เอง
40	186	35	24	8	36	13	30	2	3	2	3	1

จากตารางที่ 9 พบว่าในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม - วันที่ 30 เมษายน 2554 (รวม 120 วัน) มีผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 40 ราย/วัน มีผู้ป่วยรับใหม่จำนวน 186 ราย พบว่ามีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จำนวน 35 ราย อุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง 63 ครั้ง ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้รับการประเมิน OAS รุนแรงระดับที่ 1 พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 24 ครั้ง รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อสิ่งของ 8 ครั้ง รุนแรงระดับที่ 2 พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 36 ครั้ง รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น 30 ครั้ง รุนแรงระดับที่ 3 พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 3 ครั้ง เท่ากันกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น 3 ครั้ง

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมรุนแรงตามการประเมิน OAS จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	OAS					
	ระดับที่ 1 (n=24)		ระดับที่ 2 (n=36)		ระดับที่ 3 (n=3)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด	24	100	36	100	3	100
พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง			2	5.55	1	33.33
พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น			30	83.33	3	100
พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ	8	33.33	13	36.11	2	66.66

จากตารางที่ 10 พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง 63 ครั้ง ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน OAS พบว่า รุนแรงระดับที่ 1 พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 24 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อสิ่งของ 8 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 รุนแรงระดับที่ 2 พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 36 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 รุนแรงระดับที่ 3 พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากันกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย (n=63)

สาเหตุ	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
1.อาการทางจิต	60	95.23
2.ทะเลาะกับเพื่อน	5	7.93
3.ไม่พอใจเจ้าหน้าที่	14	21.74
4.อยากกลับบ้าน	22	34.92

จากตารางที่ 11 พบว่าสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ส่วนมากเกิดจากอาการทางจิต ร้อยละ 95.23 รองลงมาอยากกลับบ้าน ร้อยละ 34.92

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละวิธีการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (n=63)

การจัดการของบุคลากร	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
1.ให้ยาฉีดทันที	50	79.36
2.พูดคุยสื่อสารความต้องการ	63	100
3.ใช้ห้องแยก	55	87.30
4.ใช้การผูกข้อมือ	39	61.90

จากตารางที่ 12 พบว่า วิธีการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ส่วนมากจะใช้วิธีการพูดคุยสื่อสารความต้องการ ร้อยละ 100 รองลงมาใช้ห้องแยก ร้อยละ 87.30

สรุปผลการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

พบว่าอัตราอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง 63 ครั้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด ร้อยละ 100 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น ร้อยละ 52.38 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อตนเอง ร้อยละ 4.79 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อสิ่งของ ร้อยละ 11.11 สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ส่วนมากเกิดจากอาการทางจิต ร้อยละ 95.23 รองลงมาอยากกลับบ้าน ร้อยละ 34.92 การจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของบุคลากร เมื่อประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรงได้ระดับ 2 และระดับ 3 คือการพูดคุยสื่อสารความต้องการ ร้อยละ 100 การใช้ห้องแยก ร้อยละ 87.30 และให้ยาฉีดทันที ร้อยละ 79.36 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่น และบุคลากรปลอดภัย สิ่งแวดล้อมไม่ได้รับความเสียหาย

2. อภิปรายผล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพงาน เพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation: HA) มีเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและปลอดภัย (กรมสุขภาพจิต, 2540) หอผู้ป่วยตึกศรีตรังมีการกักขังในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานด้านคลินิกเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คือ อัตราการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งมีรูปแบบการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โดยการประเมิน SAVE precaution ในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ความเสี่ยง ประกอบด้วยการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (Violence) พฤติกรรมหลบหนี (Escape) และผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดอุบัติเหตุ (Accident) ร่วมกับการให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้

ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เป็นรูปแบบการดูแลที่มีความสะดวก ใช้งานง่าย ลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลในการประเมินครั้งเดียว

การประเมินด้วย SAVE precaution เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เป็นระบบการดูแลพื้นฐานที่มีเหมาะสมกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องจากภายในหอผู้ป่วยมีการระงับมากเมื่อเทียบกับอัตราค่าเฉลี่ยที่มีอยู่ในปัจจุบัน การคัดกรองภาพรวมสำหรับผู้ป่วยทุกคนทำให้ง่ายในการดำเนินการต่อเนื่องด้วยแบบประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง (OAS) ทำให้ได้รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังเหตุการณ์ความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นกมล วาณิชฤดีและคณะ (2548) ได้ศึกษาโปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมหลบหนีในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า ทำให้อุบัติการณ์ของพฤติกรรมดังกล่าวลดลง และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ รายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาล

Videbeck (2001) ได้กล่าวถึงแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย สิ่งที่ทำเป็นคือการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เช่น กลุ่มเกมส์ กลุ่มดูโทรทัศน์ และร่วมกันอภิปรายภาพยนตร์ที่ดูหรือในการจัดกลุ่มที่เป็นทางการช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นกระบวนการรักษาสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยให้ผู้ป่วยลดความเบื่อหน่ายได้

การจัดกิจกรรมภายในหอผู้ป่วยที่มีตารางกำหนดที่แน่นอน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งเสนอความคิดเห็น เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายบริหาร กิจกรรมกลุ่มบำบัด กลุ่มประชุมปรึกษาปัญหาการอยู่ร่วมกันภายในหอผู้ป่วย การชี้แจงกฎระเบียบข้อปฏิบัติของหอผู้ป่วย กิจกรรมประจำวัน การสื่อสารเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ความจำเป็นในการใช้ห้องแยกและการผูกขี้ด ร่วมกับการจัดกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ สอดคล้องกับ Katz & Kirkland (1990 cited in Chou et al, 2002) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การกำหนดโครงสร้างกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ร่วมปฏิบัติอย่างชัดเจน เช่น กลุ่มอาชีพบำบัดและกลุ่มอุตสาหกรรมบำบัด ช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยลดลงหรือเกิดเพียงเล็กน้อย

อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้วยการประเมิน SAVE Precaution ยังมีข้อจำกัด คือ เน้นที่การคัดกรองและเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง แต่ในกรณีผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พบว่ายังขาดรูปแบบการประเมินถึงระดับความรุนแรงและการจัดการกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงของ ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการผสมผสานกับรูปแบบการดูแลแบบเดิม ทำให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมีความครอบคลุมชัดเจนมากขึ้น เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและให้การเฝ้าระวัง และการจัดการเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้น ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กล้า ทองขาว (2534 อ้างถึงใน นวพร ตรีโอรุ, 2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีหลายปัจจัย ความชัดเจนด้านเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความชัดเจนในด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ลักษณะของหน่วยงานที่รับนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ เป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้นโยบายประสบความสำเร็จ

เนื่องด้วยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงของ ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน อาจมีความแตกต่างกันที่การวิจัยครั้งนี้เน้นที่การคัดกรองผู้ป่วยทุกคนและเฝ้าระวังก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้น ด้านกิจกรรมการดูแลกรณีเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงอยู่ในระดับ 3 (รุนแรงมาก) การศึกษาของ ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ จะใช้วิธีการส่งต่อ (refer) โรงพยาบาลจิตเวชเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป เมื่อให้การดูแลแล้วอาการของผู้ป่วยไม่สงบลง ทั้งนี้เนื่องจากหออผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เป็นหออผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลฝ่ายกาย (โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น) ทำให้มีข้อจำกัดด้านสถานที่ไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากๆ แต่การศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างครบกระบวนการภายในหออผู้ป่วยเดียว ด้านบุคลากรที่ใช้ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การวิจัยครั้งนี้ใช้บุคลากรของตึกศรีตรังเองและบุคลากรจากตึกคู่ buddy ซึ่งอยู่ใกล้กัน ทำให้การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวทำได้อย่างรวดเร็วมากกว่าการใช้บุคลากรจากทีมสหวิชาชีพหรือหน่วยรักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหออผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการอบรมเพื่อจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีก้าวร้าวเป็นประจำทุกปี

การประเมินระดับความรุนแรงเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกใช้แบบประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง (OAS) ของ Yodofsky et al. (1986) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงซึ่งรวมพฤติกรรมรุนแรง 4 ลักษณะ คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งได้นำแบบบันทึกไปทดสอบหาสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นในหออผู้ป่วยจิตเวชใน 3 โรงพยาบาลจิตเวช ได้เท่ากับ 0.87 ทำให้แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงนี้มีความเหมาะสมที่ใช้ภายในหออผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นสูง ลักษณะข้อคำถามสะดวกต่อการบันทึก จำนวนข้อคำถามมีจำนวนน้อย สามารถเข้าใจง่าย การประเมินใช้ระยะเวลาไม่นาน การสังเกตพฤติกรรมทำได้ชัดเจน บุคลากรภายในหออผู้ป่วยสามารถบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในแต่ละเวรได้ ไม่เป็นการเพิ่มภาระในการปฏิบัติงาน

บุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ Needham et al. (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการช่วยเหลือในการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในผู้ป่วยในที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน โดยใช้การฝึกอบรมบุคลากรในการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และใช้แบบประเมินระดับกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (OAS) ในการประเมินผู้ป่วยขณะดำเนินงานตามโครงการเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่าสามารถประเมินผู้ป่วยและให้การจัดการอย่างเหมาะสม ทำให้อัตราอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลดลง

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศได้มีผู้ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบประเมิน OAS ดังเช่นการศึกษาของ McNiel & Binder (1995 อ้างถึงใน กริชนรินทร์ นาคบุตร, 2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงสูงและต่ำ และประเมินบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออก ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 226 คนที่เคยทำร้ายคนอื่นใน 1 สัปดาห์ในระหว่างที่กำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยใช้แบบประเมิน OAS โดยพยาบาลจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการประเมิน ผลการศึกษาพบว่าการประเมินระดับความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางร่างกายมากที่สุดมีค่าความไวร้อยละ 67 ค่าเฉพาะร้อยละ 69 สอดคล้องกับการศึกษา ของ Chang & Lee (2004) ได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยใน National Cheng-Kung University Hospital in Taiwan โดยใช้แบบประเมิน OAS ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน OAS สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาด้านความรู้และเจตคติในการวิจัยนี้มีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีจำนวน 11 คน ได้รับการอบรมการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากการศึกษากครั้งนี้ ทำให้บุคลากรมีความรู้และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และมีการตระหนักรู้ในตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง คือพยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย ลดระดับความรุนแรงของความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในทำนองเดียวกัน Hamolia (2005) ได้อธิบายว่าการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล เป็นวิธีการที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับพยาบาล คือ ความสามารถในการใช้ตนเองในการช่วยเหลือผู้อื่น หากพยาบาลมีการตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness) ด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช ช่วยให้พยาบาลเข้าใจปฏิกิริยาของตนเองที่มีต่อผู้อื่น และเข้าใจ

พฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงออก ทำให้มีความมั่นใจในการที่จะดูแลปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการตระหนักในความเครียดว่าอาจจะมีผลต่อความสามารถในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ในทางตรงกันข้ามถ้าพยาบาลมีความรำคาญ วิตกกังวล โกรธ หรือเฉยเมย จะทำให้มีความยุ่งยากกังวลใจและกลัวผู้ป่วย ส่งผลถึงผู้ป่วยคือทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อการบำบัดได้

นอกจากนี้การอบรมความรู้ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามมาตรฐานการพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2542) และระบบการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยใช้แนวคิดของ Hamolia (2005) ทำให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความเข้าใจ มีเจตคติที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts et al. (1997) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ให้แพทย์และพยาบาลในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลและแพทย์มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลมีทัศนคติที่ดีขึ้นหลังการใช้โปรแกรมจากร้อยละ 7.9 เป็นร้อยละ 8.6 และการศึกษานี้ได้ให้ข้อเสนอแนะถึงวิธีปฏิบัติสำหรับพยาบาลและแพทย์ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย เช่นเดียวกับ Lanza et al. (1991 cited in Chou et al., 2002) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงาน และการที่บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการอบรม มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ronerts et al. (1997) พบว่าการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นการที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการจัดการที่เหมาะสมจึงควรวางแผนให้มีการจัดการอบรมให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในทุกกระบวนการของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ ตั้งแต่การร่วมวางแผน การนำไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและให้การแก้ไขให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกที่ควรมากที่สุด ช่วยให้สมาชิกได้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน (ถวิลธราโภชน, 2522) ซึ่งตรงกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยทุกขั้นตอน (จันทิมา ไตรทาน และจันทร์เพ็ญ อินทร์ศรีเขียว, 2546) เนื่องจาก การวิจัยครั้งนี้เป็นโครงการวิจัยของโรงพยาบาล ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต และเป็นผลงานของผู้ป่วยศรีตรังในการนำร่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย จึงได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

จากทีมบุคลากรในการเข้าร่วมประชุม ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นในรูปแบบ แนวทางการแก้ไขปัญหาคาดดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่เหมาะสมกับบริบทของตึกศัลยกรรม พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ปรับปรุงแก้ไขที่ทำให้ได้ผลลัพธ์และรูปแบบดังกล่าว การมีส่วนร่วมจึงเป็นส่วนสำคัญต่อการทำงานเป็นทีม เพราะจะทำให้การทำงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหามีการประสานการทำงานภายในทีม การสื่อสารภายในทีมที่มีประสิทธิภาพ มีการประชุมปรึกษา การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม เกิดความรู้สึกร่วมใจต่อวิธีการแก้ไขปัญหามอบรับข้อคิดเห็นของสมาชิกในทีม โดยการประชุมปรึกษากันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาคิดเห็นในทีมที่มีผลต่อทัศนคติของบุคคล การที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและวางแผนพัฒนา จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมการพัฒนา

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การทำงานเป็นทีมประกอบด้วย การประสานงานที่ดีมีการติดต่อสื่อสาร ตัดสินใจวางแผน สนับสนุนกันและสามารถผสมกลมกลืนอย่างมีประสิทธิภาพในการทำงาน ทำให้งานที่รับผิดชอบบรรลุจุดหมายและวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจในการทำงานและต้องอาศัยความพร้อมหรือวุฒิภาวะของบุคคลในทีม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยผู้ป่วยอื่นบุคลากรและสิ่งแวดล้อม (สุทธิ ภิบาลแทน, 2541) จากการศึกษาของ Ronerts et al. (1997) พบว่า การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นการที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการจัดการที่เหมาะสม จึงควรวางแผนให้มีการจัดการอบรมให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

การติดตามผลการดำเนินงาน โดยการจัดประชุมประเมินผลการดำเนินงานภายหลังการอบรมทุก 2 สัปดาห์ เนื้อหาในการประชุมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแนวทางในการแก้ไขปัญหาคัดเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จากนั้นผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมความรู้ อธิบายเนื้อหาแบบประเมิน การจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในแต่ละระดับ ฝึกทักษะโดยเฉพาะการสื่อสารในการลดความก้าวร้าวและรุนแรง นอกจากนั้นยังเน้นในเรื่องของเจตคติ โดยให้ทีมพุดระบายปัญหาความรู้สึกร่วมใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนขอความร่วมมือในการใช้แบบประเมินในการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

จากการติดตามประเมินผล พบว่ามีปัญหาในการใช้แบบประเมินที่มีเนื้อหาเข้าใจยากไม่คุ้นเคย ไม่สะดวก นำมาสู่การแก้ไขปัญหาคัดปรับปรุงแบบประเมิน OAS เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) เพื่อความสะดวกในการนำไปใช้ จะเห็นได้ว่า การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 4 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช (ตารางที่ 4) ใช้วิธีการจัดการทุกวิธี โดยใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ถ้าจะพิจารณาตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยก้าวร้าวของสถาบันสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) นับได้ว่า

ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคของหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง ตึกศรีตรัง โดยส่วนใหญ่ได้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากการพูดคุยกับผู้ป่วยนั้นเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความไม่พึงพอใจ และความโกรธ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง นอกจากนี้ Dexter & Wash (1995) ได้กล่าวว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ และพบว่าการจัดการของบุคลากรมีการใช้ยาชนิด PRN มากเมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2 และระดับ 3 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อวิธีการใช้การสื่อสารเพื่อลดความก้าวร้าวและรุนแรง บุคลากรจะใช้ห้องแยก ใช้การผูกมัดและให้ยาชนิด PRN สอดคล้องกับธีระ ลีลำนันทกิจ (2541) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มักไม่ตอบสนองต่อวิธีการพูดคุย และ Rickelman (1997) กล่าวว่า ในกรณีที่พยาบาลจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้วยวิธีการอื่น ๆ ไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พยาบาลอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นตามการรักษาของแพทย์ การให้ยาเมื่อจำเป็นเป็นการทำให้ในเชิงป้องกันหลังจากที่ประเมินหรือทำนายว่าจะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hughes (1999) พบว่า การใช้ยาชนิดเมื่อจำเป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรงของพฤติกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นและสิ่งของ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (Usher, 2001)

อย่างไรก็ตาม การให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นแก่ผู้ป่วยอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ซึ่ง Blair & Ramones (1999) กล่าวว่า การให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาด้วย โดยเฉพาะการเกิดภาวะเอ็กตราไพราไมดอล (Extrapyramidal symptom) เพราะผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยบางรายได้ จากการศึกษาของ Geffen et al. (2002) ที่ประเทศออสเตรเลียและประเทศนิวซีแลนด์เกี่ยวกับการใช้ยาชนิดเมื่อจำเป็นในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าอัตราการตายสัมพันธ์กับการให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นถึงร้อยละ 37 ความถี่ในการให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ เอ็กตราไพราไมดอล ร้อยละ 15.96 และอัตราของการเกิดภาวะเอ็กตราไพราไมดอลสูงถึงร้อยละ 95 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา Haloperidol แสดงให้เห็นว่าการให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลบุคลากรทางการพยาบาลต้องตระหนักในการพิจารณาให้ยาชนิดเมื่อจำเป็นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในการวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบที่ได้จากการวิจัย ดังนี้

- 1) รูปแบบที่ได้จากการวิจัยมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทีมบุคลากรมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามรูปแบบขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มขึ้น มีการติดตามการใช้แบบประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และให้การพยาบาลระดับความรุนแรงในแต่ละระดับ

ผลผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัยเนื่องจากนโยบายในการปฏิบัติที่ชัดเจนของหอผู้ป่วย ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงให้มีการใช้แบบประเมิน SAVE ควบคู่กับการประเมินความเสี่ยงการกระทำรุนแรง มีเป้าหมายและจุดประสงค์ร่วมกันในการแก้ไขปัญหามีการประสานงานทำงานภายในทีม การสื่อสารภายในทีมที่มีประสิทธิภาพ มีการประชุมปรึกษาแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม ขอมรับข้อคิดเห็นของสมาชิกในทีม สอดคล้องกับแนวคิดของ Woodcock & Francis (1994) ที่กล่าวว่า ทีมงานที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบไปด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ด้านคือ การสื่อสาร ความเข้าใจร่วมกัน ความร่วมมือ และการประสานงานที่ต้องมีการประสานกันให้มีความสามารถเชิงสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเรื่องของความจริงใจ เปิดใจ ไว้วางใจ ขอมรับกันและกัน คาดหวังในทางที่ดี โดยมีคน 3 ประเภทที่จะช่วยดึงช่วยประคองและช่วยดัน คือ ลูกพี่ (หัวหน้า) ผู้เสมอกัน (เพื่อนร่วมงานที่อยู่ในทีม) และลูกน้องเพื่อการประสานงานที่ต้องพึ่งพากันเป็นหัวใจของการทำงานเป็นทีม (เกรียงไกร เข็มบุญศรี, 2540)

2) ความพึงพอใจของบุคลากร หลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ได้รูปแบบการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เมื่อบุคลากรได้นำไปปฏิบัติ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก ความพึงพอใจเกิดจากรูปแบบที่กำหนด ทำให้การปฏิบัติงานมีขั้นตอนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม แบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน สามารถให้การดูแลแต่ละระดับความรุนแรง ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ มีการประเมินความเสี่ยง จัดกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันและการเฝ้าระวังในแต่ละกลุ่ม ให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วทันทั่วถึง ผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นและบุคลากรปลอดภัย เชื่อว่าการสื่อสารทั้งภาษา ท่าทาง สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ มีความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา การป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ซึ่ง Cohen & Unhoff (1980) อ้างถึงใน สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ, 2546) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน ผลประโยชน์และการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนา คือ ผลประโยชน์นั้นเป็นผลมาจากการดำเนินงาน ซึ่งต่างได้รับผลมาจากขั้นตอนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการกระทำโดยสมัครใจต่อกิจกรรมและต่อโครงการ เกิดความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเป็นการแก้ปัญหาด้วยตัวของผู้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ มิใช่ทำตามคำสั่งจากผู้บริหาร ขอมเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานให้สูงขึ้น จากการมีส่วนร่วมในกระบวนการ (วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549) โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากร ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง สอดคล้องกับแนวคิดของ Mullins (1985 อ้างถึงใน นนทมนต์ ศรีสารคาม, 2545) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสภาพภายใน มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงาน ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดจากการที่มนุษย์มีแรงผลักดันบางประการอยู่ในตนเอง และพยายามจะบรรลุเป้าหมายบางอย่าง เพื่อสนองตอบความต้องการหรือความคาดหวังที่มีอยู่แล้วและเมื่อบรรลุเป้าหมายแล้วจะเกิดความพอใจ

การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิงตึกศรีตรังลดลง ทั้งด้านปริมาณและระดับความรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา หรือก่อนการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นรูปแบบตั้งต้นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่พบว่าหลังการพัฒนาระบบการดูแลทำให้อุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลดลงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศดังเช่นการศึกษาของ Hamolia (2005) ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานคล้ายคลึงกันก็ช่วยให้อุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงลดลงได้เช่นเดียวกัน ด้านการศึกษากการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าผู้ป่วยจิตเวชทุกคนซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิง มีการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2002) สํารวจพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดมากกว่าเพศชาย ซึ่งแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการทำร้ายร่างกายมากกว่า เมื่อเชื่อมโยงถึงกิจกรรมการดูแลในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจะได้รับการพูดคุยสื่อสารความต้องการทุกคน แต่ทั้งนี้ในผู้ป่วยบางคนยังมีความจำเป็นต้องใช้ห้องแยกและการฉีดยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากมีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเอง (Chen, 1997; Schwartz & Park, 1999; Paivio, 1999; Jung, 2000; Chen et al, 2003) มีการแสดงออกของระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นโอกาสการพัฒนาของคณะผู้วิจัยในโอกาสต่อไปที่ต้องให้การบำบัดหรือสอนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการควบคุมตนเอง (impulse control) ในระยะแรกเมื่อรู้สึกมีอารมณ์โกรธ ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามมา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ตึกศรีตรังจำนวน 27 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ให้บริการตามแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินงานตามโครงการ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงของ ธวัชชัย กลุณณะประกกรกิจ และคณะ (2543) นำมาประยุกต์เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และนำมากำหนดเป็นแนวทางการดูแลแบบร่าง ศึกษาปัญหาการดำเนินงานการป้องกัน และการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวชของ تیمบุคลากรตึกศรีตรัง จัดประชุมพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ทีมบุคลากรตึกศรีตรัง เพื่อศึกษาปัญหาในการดำเนินงานการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช อบรมให้ความรู้และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากร เพื่อคัดเลือกแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังจากนั้นนำแนวทางการดูแลไปทดลองปฏิบัติในหอผู้ป่วยจิตเวช ตึกศรีตรัง เป็นระยะเวลา 4 เดือน แล้วประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด และนัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ เจตคติ และความคิดเห็นของทีมการพยาบาล ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ เจตคติของบุคลากรต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ของ จุริณ อึ้งสำราญ (2541) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรู้ และ ส่วนที่ 3 แบบประเมินเจตคติของบุคลากรต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง 2) แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากร ต่อรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ของเจตนัภาดา นาคบุตร (2547)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินในผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบประเมิน Thai HoNOS ข้อ 1 = พฤติกรรมก้าวร้าว 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง Overt Aggression Scale : OAS ซึ่ง รัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) แปลมาจาก The Overt Aggression Scale for Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Yudofsky et al. (1986) และ 3) แบบรายงานประจำเดือนอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการชี้แจง และฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน โดยเก็บข้อมูลในทีมการพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้ และเจตคติของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ และประเมินความคิดเห็นที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงหลังสิ้นสุดการดำเนินงานวิจัย เก็บข้อมูลในผู้ป่วยเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาและหลังการพัฒนากระบวนการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยทดสอบด้วย t - test

ผลการศึกษา พบว่ามีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่ชัดเจน ประกอบด้วย การประเมินตาม SAVE precaution โดยแบบประเมิน Thai HoNOS เพื่อเป็นการคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและให้การเฝ้าระวังตามรูปแบบเดิม กรณีเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมิน OAS และให้การดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงระดับ 1 ให้การดูแลโดยการพูดคุยระดับ 2 ให้การดูแลโดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหาความรู้สึก หรือให้ยาจิตตามความจำเป็น และระดับ 3 ให้การดูแลโดยเจรจาต่อรอง เพื่อให้ผู้ป่วยลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย ใช้การผูกมัด และให้ยาจิตตามความจำเป็น

ข้อมูลทั่วไปของทีมการพยาบาลตึกศรีตรัง ส่วนใหญ่เป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน เพศชาย 7 คน มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 12 คน รองลงมาอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 8 คน สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด จำนวน 18 คน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 11-15 ปีและ 1-5 ปี มากที่สุด จำนวน 6 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 20 คน ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จำนวน 21 คน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ - เจตคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยรวมก่อนและหลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พบว่า

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีระดับความรู้สูง ($M=11.85$, $SD=1.09$) และแตกต่างจากความรู้ก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ($M=9.00$, $SD=1.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=10.53$, $p<.05$)

เจตคติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง หลังอบรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีระดับเจตคติสูง ($M=56.70$, $SD=5.22$) และแตกต่างจากเจตคติก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ($M=47.77$, $SD=5.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=6.89$, $p<.05$)

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง หลังจากอบรมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พบว่าอัตราอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง 63 ครั้ง พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทางคำพูด 63 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้อื่น 33 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.38 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อตนเอง 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.79 พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อสิ่งของ 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.11 สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ส่วนมากเกิดจากอาการทางจิต 60 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 95.23 รองลงมา อยากกลับบ้าน 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.92 การจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของบุคลากร เมื่อประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรงได้ระดับ 2 และระดับ 3 คือการพูดคุยสื่อสารความต้องการ จำนวน 63 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 การใช้ห้องแยก จำนวน 55 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.30 และให้ยาฉีดทันที 50 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 79.36 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย สิ่งแวดล้อมไม่ได้รับความเสียหาย

ภายหลังจากได้นำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในทางปฏิบัติ จากการประชุมและการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของประชากรผู้พัฒนาระบบ พบว่า รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเหมาะสมในการนำมาใช้ที่ตึกผู้ป่วยในส่วนมากเห็นด้วยอย่างยิ่ง 13 คน (48.15%) รองลงมาเห็นด้วย 12 คน (44.44%) รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ส่วนมากเห็นด้วยอย่างยิ่ง 14 คน (51.86%) รองลงมาเห็นด้วย 12 คน (44.44%) มีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ส่วนมากเห็นด้วย 18 คน

(66.67%) รองลงมาเห็นด้วยอย่างยิ่ง 9 คน (33.33%) มีความรู้ความเข้าใจในแบบประเมินระดับความก้าวร้าว และรุนแรง และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ และง่ายต่อการบันทึก ส่วนมากเห็นด้วย 18 คน (66.67%) รองลงมาเห็นด้วยอย่างยิ่ง 6 คน (22.22%)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เสนอต่อผู้บริหาร เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง

2. ควรศึกษาและทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ (evidence) ใหม่ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงไปใช้ ต้องทำการทบทวน และพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และมีการติดตามประเมินผลการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงให้มีความทันสมัยและเหมาะสมมีประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้รับบริการ อีกทั้งเผยแพร่ องค์ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่ผู้ที่สนใจอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรศึกษาความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยและญาติในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. การนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงไปขยายผลใช้ให้ ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล

4. ควรศึกษาเพื่อการบำบัดทางจิตสังคม เกี่ยวกับการจัดการความโกรธ (Anger Management) สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความโกรธ (Impulse control) ได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา กักคิมงคล. (2541). โครงการอบรมวิธีการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง.
เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- กชพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2547. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- กริชนรินทร์ นาคบุตร. (2551). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
ในหอผู้ป่วยจิตเวช. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กมล ฉายาวัฒน์. (2550). บริหารคนและงานตามหลักการของพระพุทธเจ้า. นนทบุรี : ชบาพับ
ลิชชิงเวิร์กส.
- เกรียงไกร เจียมบุญศรี. (2540). หัวใจทีมงาน. วารสารการบริหารตน, 18 (3), 65-71.
- กัทธลียา วสุธาดา (2543). การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงาน
การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตจำนง ผลพฤษยา. (2540). การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ).
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : บุตรรินทร์.
- จรัญ อึ้งสำราญ. (2541). มปพ.
- เจตน์ภาดา นาคบุตร. (2547). การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรม
รุนแรง. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทิมา ไตรทาน และจันท์เพ็ญ อินทร์ศรีเขียว. (2546). การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการ
พยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช. จังหวัดสุพรรณบุรี.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (บรรณาธิการ). (2540). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: บุตรรินทร์.

- ครุณี รุ่งกรกานต์. (2538). เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิต: แนวคิดและทฤษฎี
พื้นฐาน. ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น:
ขอนแก่นการพิมพ์.
- ถวิล ชาราโกชน์, เอกสรวง ปาลวัฒน์ และนิคม ฉิมตระกูล. (2522). กระบวนการกลุ่ม. (ม.ป.ป.)
ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2541). การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรงกับความปลอดภัยของ
บุคลากร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธวัชชัย ลั่นดวงษ์. (2537). พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543). แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง.
เอกสารประกอบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรง หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2544). จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ขอนแก่น :
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพดล วานิชฤดี และคณะ (2548). โปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช
ในโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมหลบหนี.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 19(2) 43-54.
- นพพร ศรีโษษฐ์. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ
ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นิรันดร์ วิเชียรทอง. (2541). โรคจิตกับความรุนแรง. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช, 1(1), 39-42.
- น้ำจิต กุลอ่อนและภณทิลา อธิรัตน์. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552 :
การสอนการจัดการกับความโกรธ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, นครราชสีมา, 2551.
- บรรยงค์ ไตจินดา (2545). องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : รวมสาสน์.
- ประนอม ศรีรักษา (2546). การพัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพ
จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ :
อุษาการพิมพ์.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2539). จิตเวชฉุกเฉิน. รามาริบัติ, กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2541). จิตเวชฉุกเฉิน. ในปราโมช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์
รามาริบัติ. การพิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2538). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุพรการพิมพ์.

พะยอม วงศ์สารศรี (2537). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ : [มปพ.]

ฟาริดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ). (2541). กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทบุญศิริการพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล. (2539). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล (2542). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล (2548). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บิยอนด์เอ็นเทอไพรซ์

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, (2544). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :

สุวิชาการพิมพ์.

รจิต เขียววรรณะ และคณะ. (2541). ผลการใช้คู่มือการพยาบาลพฤติกรรมก้าวร้าว. วารสารสวนปรุง, 4 (3), 29-39.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2547). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2547.

กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

วาสนา แฉล้มเขตร. (2544). การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริม

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 1-7 นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.

วไลวรรณ คชศิลา และคณะ. (2545). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม. วารสารสวนปรุง, 18(2), 47-56.

วัลลภา เชยบัวแก้ว. (2532). การวิเคราะห์การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง
ในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธนี เปรมปรีดี. (2548). การบริหารแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ
พยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2530). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครพิมพ์.

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์. (2529). การพัฒนานุเคราะห์พยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพ
พยาบาล หน่วยที่ 6-10. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.

สุรัช สุนันดา. (2545). เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการใช้การผูกมัดผู้ป่วยของพยาบาล
วิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาล
จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คลังน่านวิทยา.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ. (2542). **ขั้นของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล**
ในการวางแผนพัฒนาตำบล จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุข
ศาสตร์ สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ. (2546). **ขั้นของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล**
ในการวางแผนพัฒนาตำบลจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมาน รังสียกฤษฎ์. (2528). **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล.** พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์สวัสดิการ ก.พ.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). **มาตรฐานการ**
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2534).
มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์.
- สุทธิ ภิบาลแทน. (2541). **ศัพทานุกรมไทยฉบับเฉลิมฉลองกาญจนาภิเษก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี :
ไทยร่มเกล้า.
- อนันต์ อุ่นแก้ว และคณะ. (2543). **พฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว**
ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. เอกสารประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 6
วันที่ 6-8 กันยายน 2543.
- เอี่ยมพร ทองกระจाय. (2542). **การพยาบาลแบบองค์รวม.** วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 22(2), 52-62.
- American psychiatric Association Task Fask. (1985). **Seduction and restraint task force report**
22. Washington, DC : Author.
- Allen I. (1994). **Management : facing violence at work : Violence to staff.** Community Care.
Feb : 22-23.
- Bandura, A (1997) **Social learning theory.** Englewood Cliffs New Jersey : Prentice Hall.
- Barry. P.D. (2002). **Psychosocial nursing assessment.** In P.D. Bary (Ed). **Psychosocial nursing**
assessment and intervention. (pp. 213-231) 3 ed J.B. Lippincott Company.

- Beven Vec. (2002). **Seclusion in practice : A meta synthesis**. Praft seclusion literature analysis.
- Blair, D.T. & Ramones, V.A. (1999). **Understanding PRN medication in psychiatric care**. Retrieved March 2, 2008. from : [http:// www.mental help.Net](http://www.mentalhelp.net)
- Boyd, MA, (2005). **Psychiatric nursing** contemporary Practice (3rd Eds). Philadelphia : Lippincott.
- Brown, J.S. (1990). Aggression and unpulse control **Neurosocial Review of Psychology**, 16 (1) 39-42.
- Burrow, S. (1994). Nurse-aid management of psychiatric emergencies. **British Journal of Nursing**. 3(3), 121-125.
- Cardwell, S. (1984). Violence in accident and emergency departments. **Nursing Times**, 80 (14), 32-34.
- Cahill, CD., Stuart, G.W. Larnia, M.T., & Avana, G.W. (1991). **Inpatient management of violent behavior : Nursing prevention and intervention**. Issue in Mental Health Nursing, 2, 239-252.
- Chan, (2003). Effectiveness of Anger control Program inducing **Anger Expression in patient with Schizophrenia**. Archives of Psychiatric Nursing, 17 (2), 88-95.
- Chan, H.Y., Tseng, C.K., Lu, R.B. & Chous, K.R. (2003). Effectiveness of anger control program in redercing schizophrenia patient' anger expression **Archives of Psychaitric Nursing**, 17. (2) 88-95.
- Chen, SJ. (1997). A study on the violence of psychiatric patient at acute psychiatry ward. **Nursing Research**, 5 (5), 195-205.
- Chou, K.R., Lu R.B., & Mao, W.C. (2002) Factors relavant to patient assaultive behavior and assault in acute in patient psychiatric units in Taiwan. **Archives of Psychiatric Nursing** 16, (4) 187-195.
- Collins, J. (1994). Nurses attitendes towards aggressive behaviour, following attendance at The prevention and management of aggressive behaviour Program. **Journal of Advance Nursing**, 20, 117-131.
- Dexter, G., & Wash, M. (1995). **Psychiatric nursing skills : A patient Centered approach**. 2nd London : Chapman & Hall.

- Duxbury, J. (1999). An exploratory account of registered nurses experience of patient aggression in both mental and general nursing settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 6, 107-114.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage impatient aggression and violence on mental health unit : a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325-337.
- Delany, J., Cheary, M., Jordan, R., & Horsfall, J. (2001). An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 77-84.
- Eileen, F.M., & Collen. (2003). An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, (4). 146-155.
- Finnema, E.J., Dassen, T., & Halfens, R. (1994). Aggression in Psychiatric : qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by Advanced Nursing, 19 (5), 1088-1095.
- Geffen, J., Sorensen, L., L., J., Cameron, A., Roberts, M.S. & Geffen. L. (2002). Pro re nata medication for psychosis : An audit of practice in two metropolitan hospital. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (5), 649.
- Hamolia, C.D. (2005). Preventing and manage aggressive behavior. In Stuart, G, W., & Laraia M.T. (Eds). *Principle and practices of psychiatric nursing 8th ed.* (pp. 630-653.). Louis Elsevier Mosby.
- Heylighen, F (1998). **Basic concept of the systems approach**. Retrieved April 10, 2007, from [http:// pespmel. Vac.ac.be/ SYSAPPR. Html](http://pespmel.vac.ac.be/SYSAPPR.Html).
- Hoffman, L., Paris, S., Hall, E., & Schell, R. (1988). *Developmental Psychology today* (5th Eds) New, York : Mc Graw – Hill.
- Hughes, H. (1999). Emergency psychiatry : Acute psychopharmacological management of the aggressive psychotic patient. *American Psychiatric Association*, 50, 1135-1137.
- Johnson, B., Martin, M.L., Gu 7aha, M., & Montgomery, P. (1997). The experience of thought disordered individuals preceding and aggressive incident, *Journal of psychiatry and Mental Health Nursing*, 4, 213-220.

- Jaques, S.H., & Reimer, M. (2001). Management of aggression. In M.A. Boyd. (Eds). **Psychiatric nursing contemporary practice**. (950-972). Philadelphia : Lippincott.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). **Kaplan and Sadock synopsis of Psychiatric** : Baltimore : sciences and clinical psychiatry (8th End) Baltimore : Williams & Wilkins.
- Lanza, M.L. (1992). Nurses as patient assault victims : And update synthesis and recommendations. **Archives of Psychaitric Nursing**, 6 (3), 163-171.
- Lehane, M., & Rec, C. (1996). Alternatives to seclusion in psychiatric care. **British Journal of Nursing**, 5, 974-979.
- Martha L. Crowner, MD. (2000). Understanding and treating Violent **Violent Psychaitric Patientss**. American Psychaitric Press, Inc
- Mc Farland & Thomas (1990). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Application of the Nursing process. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Mohr, W.K. (2003). Conceptual framemerkws and theories. Inn W.K. Mohr. **Psychiatric and Mental Health Nursing**. (5th Eds). (pp.37-52). Philadelphia : Lippicott Williams & Wilkins.
- Morton, P.G. (1986). Managing assault. **American Journal of Nursing**, 86, 114-116.
- Needham, I. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of Patient violence in acute mental inpatient setting : report anapilot study. **Journal of Psychiatric Mental Health nursing**, 11, 595-601.
- Novaga, R.W. (1975). Anger control : The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, Mass : D.C. Health and company.
- Paivio, S.O. (1999). Experiential conceptualization and treatment of anger. **Journal of clinical psychology**, 5 (3), 311-324.
- Richkelman, B.L., & Mohr, K.W. (2003). **Tomson's Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadeophia : Lippincott Schmartz & Park, (1997).
- Robert, GL., Raphael, B., Lawrence.J.M., O' Took, B., & O' Brien, D. (1997). Impact of a education program about domestic violence on nurses and dectors in an Australian emergency department. **Journal of Emergency Nursing**. 23 (3), 220-227.

- Rossi, A.M., Jacobs, M., Monteleone, M., Olsen, R., Subber, R.W., Winkler, E.L., & Wommack, A. (1986). Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other fear inducing behaviors, **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 174 (4), 154-160.
- Rossi et al., (1986). Characteristic of psychiatric patients who engage in assaultive or other fear inducing Behavior. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 174 (4), 154-160.
- Schwartz & Park, 1999. Assaults by patients on psychiatric residents : **A Survey and training Recommendation**. *America Psychiatric Association*, 50 (March), 381-383.
- Sullivan, E.J. (1995). **Nursing Care of clients with Substance abuse**. St. Louis : Mosby.
- Tardiff, K., Marzuk., Leon, A., Portera, L. & Weiner, C. (1997). Violence inpatient admitted to a private psychiatric hospital. *America Journal of Psychiatric*, 154(1), 88-93.
- Thomas, B. (1992). Advances in the clinical practice of psychiatric nursing. **British Journal of Nursing** 11(6), 292-295.
- Thomas, S.P. (2001). Teaching healthy anger management. **Perspectives in Psychiatric Care**, 37 (2), 41-48.
- Thomas, S.P. (2001). Teaching healthy anger management. **Perspectives in Psychiatric Care**, 37 (2), 41-48.
- Usher, K., Lindsay & Sellen, J. (2001). Mental health nurse' PRN Psychotropic medication administration practices. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 8 (5), 383-390.
- Valfre, MM. (2005). Anger and aggression. **Foundations of Mental Health care**. (pp. 255-256). St Louis : Missouri.
- Vidbeck, S.L. (Ed). (2001). Anger, hostility and aggression, **Psychiatric mental health nursing**. (pp. 213-231.). Philadelphia : Lippincott.
- Wilson, H.S., & Kneisl, C.R (1996). **Psychiatric nursing** (5th eds). Menlo Park : Addison Wesley Nursing.
- Whittington, R., & Wykes, T. (1994). An observational study of association between nurse behavior and Violence in psychiatric hospital. **Journal of Psychiatry and Mental health Nursing**, 1 (1), 85-92.
- Woodcock, M. & Francis, D (1994). The Eleven Building Blocks of Effective Teamwork. **Teambuilding Strategy**. Great Britain : The University Press.

- Yudofsky, S., Silver, J.M., & Jackson, W. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatric*, 143 (1), 35-39.
- Yudofsky, S & Silver, J.M. (1991). The overt aggression scale : Overview and guiding principle. *Journal of Neuropsychiatry and clinical Neuroscience*, 3(2), 522-529.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินความรู้
2. แบบประเมินทัศนคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
และรุนแรง
3. แบบประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง (OAS)
4. แบบประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย (Thai HoNOS)

แบบประเมินความรู้

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
และรุนแรงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

2. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

3. คำตอบที่ได้รับไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน แต่เป็นการประเมินภาพรวมการอบรมว่ามี
ผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ของท่านหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการอบรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เลือกตอบของแต่ละข้อเพียงข้อเดียว
หรือเติมคำลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

สำหรับผู้ศึกษา

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

SEX ☐

2. อายุปัจจุบัน.....ปี

AGE ☐ ☐

3. การศึกษา

EDU ☐ ☐

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา

☐ ปริญญาตรี

☐ ปริญญาโท

4. สถานภาพสมรส

STA ☐

☐ โสด

☐ คู่

☐ หย่า/หม้าย/ร้าง/แยก

5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน

EXP ☐ ☐

6. ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชหรือไม่

TRA ☐

☐ ไม่เคย

☐ เคย

☐ หลักสูตรน้อยกว่า 4 วัน

☐ หลักสูตรเฉพาะทาง.....เดือน

7. ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงหรือไม่

TRAIN ☐

☐ ไม่เคย

☐ เคย ปี พ.ศ.....

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดตามความคิดของท่าน
(ข้อละ 1 คะแนน มีทั้งหมด 15 ข้อ)

1. ข้อใดเป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
 - ก. นาย ข โกรธที่ญาติไม่มาเยี่ยม จึงตีตัวเอง
 - ข. นาย ค ทะเลาะกับนาย ง จึงชกต่อยกัน บาดเจ็บเล็กน้อย
 - ค. นาย ก โกรธเจ้าหน้าที่จึงเดินหนี ร้องคำว่า “ไอ้บ้า” แล้วปิดประตูเสียงดัง
 - ง. ถูกทุกข้อ
2. จากข้อ 1 พฤติกรรมของผู้ป่วยคนใดที่ประเมินโดยใช้แบบประเมิน OAS ประเมินได้ว่าเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในระดับ 2
 - ก. นาย ก และ นาย ข
 - ข. นาย ข และ นาย ค
 - ค. นาย ค
 - ง. ทุกคน
3. จากแนวคิดทฤษฎีทางชีววิทยา เชื่อว่าพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องใด
 - ก. อาหารประเภทโปรตีนสูง
 - ข. การใช้สารเสพติดและดื่มสุรา
 - ค. สารสื่อประสาทในสมอง คือ สารซีโร โดมินสูง
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. จากแนวคิดทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรม เชื่อว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช คือ
 - ก. สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย
 - ข. ระยะเวลาที่เกิดอุบัติเหตุรุนแรง
 - ค. ทักษะและการแสดงออกของบุคลากร
 - ง. ถูกทุกข้อ

5. กลยุทธ์การป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่มีคุณค่า และเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล คือ
 - ก. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
 - ข. การผูกมัดผู้ป่วยเพื่อการบำบัด
 - ค. การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล
 - ง. การสอนให้ผู้ป่วยจัดการกับความโกรธ
6. ข้อใดเป็นลำดับแรกของการสอนทักษะการจัดการกับความโกรธให้กับผู้ป่วยจิตเวช
 - ก. การยอมรับความโกรธ
 - ข. การรู้จักกับความโกรธ
 - ค. การแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม
 - ง. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยทราบโทษของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
7. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่มีอาการไม่สงบ กระวนกระวาย เดินไปมา รู้สึกไม่ปลอดภัยขณะอยู่ในหอผู้ป่วย พยาบาลจะสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไร
 - ก. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ต่ำ สงบ และให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วย โดยการเรียกชื่อผู้ป่วย บอกชื่อพยาบาล บอกว่าอยู่ที่ไหน และให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการสั้น กระชับ
 - ข. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง ฟังชัด มั่นคง เด็ดขาด เรียกชื่อผู้ป่วย บอกชื่อตนเอง และให้ข้อมูลผู้ป่วยตามที่ต้องการ
 - ค. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงเป็นมิตร นุ่มนวล อ่อนหวาน ให้ข้อมูลว่าพยาบาลเป็นใคร ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร บอกผู้ป่วยให้รู้ถึงพฤติกรรมของตนเอง
 - ง. ถูกทุกข้อ
8. ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลควรมีท่าทางอย่างไร
 - ก. ยืนท้าวเอว ข่มขู่เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรม
 - ข. ยืนเอามือไขว้หลัง เพื่อไม่เป็นการปกป้องตนเอง
 - ค. ยืนเอามือไขว้ข้างหน้า เพื่อเตรียมปกป้องตนเอง
 - ง. ยืนท่าที่สงบ มีอวางข้างตัว ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อไม่กระตุ้นพฤติกรรมผู้ป่วย

9. การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงในระดับที่ 1 ควรใช้วิธีใดในการจัดการกับผู้ป่วยก่อนเป็นอันดับแรก

- ก. ให้ยาฉีด PRN
- ข. ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกละเลียงและเลือกวิธีระบายความโกรธ
- ค. จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกข้อมือ
- ง. ให้ฉีด PRN และจำกัดพฤติกรรม

10. ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับที่ 2 สิ่งแรกที่จะต้องกระทำคือ

- ก. บอกผู้ป่วยว่าให้ใจเย็นๆ
- ข. ให้สังเกตอาการไว้ก่อน
- ค. รีบแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้นก่อน
- ง. รีบฉีดยา PRN ก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ

11. การให้ยาด้านโรคจิตเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงถ้าให้ต่อเนื่อง และระยะนาน อาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ

- ก. ภาวะ Akathisia
- ข. ภาวะ Opthostatic
- ค. ภาวะ Extrapyrāmida sign
- ง. ถูกทุกข้อ

12. ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกข้อมือควรได้รับการดูแลอย่างไร

- ก. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลในการผูกข้อมือ
- ข. ดูแลความต้องการทางด้านร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับยา อาหารตามเวลา
- ค. หลังจากเลิกผูกข้อมือแล้วไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ควรมีการตรวจเยี่ยมเป็นระยะ
- ง. ถูกทุกข้อ

13. สิ่งที่ทำในขณะที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ต้องผูกข้อมือ และมีญาติอยู่ในเหตุการณ์ด้วย คือ

- ก. บอกให้ญาติเข้ามาช่วยจะดีไม่ต้องเปลืองบุคลากร
- ข. ให้ญาติออกไปห่างๆ เพราะเป็นการรบกวนและเป็นอันตรายได้
- ค. อธิบายให้ญาติได้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องผูกข้อมือ และจะยกเลิกเมื่อไร
- ง. ไม่ต้องอธิบายอะไร เพราะญาติอยู่ในเหตุการณ์อยู่แล้ว ขอมทราบว่าจะทำไม่ถึงต้องผูกข้อมือ

14. สิ่งสำคัญที่สุดที่มีผลต่อการผูกมัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นไปเพื่อการบำบัด ไม่ใช่การลงโทษ คือ

- ก. การพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนผูกมัด
- ข. ทัศนคติของพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรม
- ค. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกของตนระหว่างถูกผูกมัด
- ง. ถูกทุกข้อ

15. สิ่งที่ควรคำนึงในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับ 3 คือ

- ก. การเตรียมทีมบุคลากร
- ข. ต้องรีบให้ความช่วยเหลือด้วยความรวดเร็ว
- ค. คำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วย
- ง. ถูกทุกข้อ

แบบประเมินทัศนคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อความ	ทัศนคติ					สำหรับ ผู้ศึกษา
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1. ท่านรู้สึกกลัว กังวล และไม่ต้องการเข้าใกล้ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง เพราะเกรงว่าจะได้รับบาดเจ็บจากการดูแล						A 1 []
2. เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง และสามารถจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ของตนเองได้						A 2 []
3. ท่านรู้สึกโกรธและแสดงพฤติกรรมข่มขู่ จ้องตาดต่อผู้ป่วยเมื่อถูกผู้ป่วยด่าและทำร้าย						A 3 []
4. ท่านให้การพยาบาลหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยก่อนและหลังให้การพยาบาล ได้มีการบอกผู้ป่วยทุกครั้ง						A 4 []
5. ท่านมีความรู้สึกกังวลว่า อาจจะถูกผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงทำร้าย เมื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วย						A 5 []

ข้อบ่งชี้ในการผูกมัด

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและควบคุมตนเองไม่ได้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยไปทำอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและการทำลายสิ่งของภายในหอผู้ป่วยหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการดึงอุปกรณ์ที่ติดกับตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษาอื่นๆ อันจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนการให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ซึ่งจะใช้เป็นวิธีสุดท้ายเมื่อใช้วิธีการรักษาอื่นไม่ได้ผล หรือเมื่อผู้ป่วยร้องขอ

ข้อห้ามในการผูกมัด

ถึงแม้ว่าการใช้การผูกมัดผู้ป่วยจะมีความจำเป็นและมีข้อบ่งชี้ในหลายกรณี แต่ก็ยังมีข้อห้ามในการใช้การผูกมัด ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ดังนี้

1. ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อเป็นการทำโทษผู้ป่วย (Hamolia, 2001)
2. ห้ามใช้การผูกมัดแทนการรักษา (Mathson & Sade อ้างใน สุรัช สุนันตา, 2545)
3. ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อโต้ตอบกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Strumpf & Evans, 1988)
4. ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อความสะดวกของทีมงาน (APA Task Force; Fassler & Cotton, 1992)
5. ห้ามใช้การผูกมัดเพื่อโต้ตอบผู้ป่วยที่ปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษา (Strumpf & Evans, 1988)

สรุปข้อห้ามในการผูกมัด จะห้ามใช้แทนการรักษา เพื่อความสะดวกของทีมงาน เพื่อการทำโทษ หรือตอบโต้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือผู้ป่วยที่ปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษา เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ในการปลดปล่อยผู้ป่วยจากการผูกมัด

1. มีสภาพจิตใจและอาการทางจิตที่ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
 2. อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง และมีอารมณ์คงที่
 3. มีการทรงตัวดีขึ้นและมีการเคลื่อนไหวที่ปกติ
 4. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ
 5. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- (สตรีม และ อีเวนส์, 1988)

การช่วยเหลือภายหลังการผูกมัด

1. สร้างสัมพันธภาพตัวต่อตัวเพื่อการรักษา เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงและกำหนดวิธีการช่วยเหลือต่อไป
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยกิจกรรมต่างๆ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทุกระบายความรู้สึกละแวกถูกผูกมัด ความรู้สึกต่อการพยายามที่ไ้รับอย่างอิสระ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของเขาในโอกาสต่อไป

วัลลภา เซขบัวแก้ว (2532)

มาตรฐานการใช้การผูกมัด

1) ต้องมีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน 2) ผู้ที่จะออกคำสั่งให้ผูกมัดผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตและต้องเป็นผู้ประเมินอาการพร้อมทั้งเขียนคำสั่งอย่างน้อยทุกๆ 24 ชั่วโมง ในบางกรณีอาจเป็นผู้สั่งให้ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมด้วย และ 3) วิธีการที่ใช้ในการจำกัดกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (JCAHO, 2002)

การให้ยารักษาอาการทางจิตเวช

- ยาที่ใช้ในระยะก้าวร้าวเฉียบพลัน
- ยาด้านโรคจิต เมื่อใช้ยาด้านโรคจิตแล้วให้ระวัง

การให้ยาด้านโรคจิตเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ถ้าให้ต่อเนื่องและระยะนาน อาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาคือ

- 1) ภาวะ Orthostatic hypotension โดยเฉพาะ Chlorpromazine
- 2) Extra pyramidal sign เมื่อพบจะให้การรักษาด้วย Anti cholinergics
- 3) ภาวะ Akathesia เมื่อพบให้ลดขนาดยา Antipsychotic และรักษาด้วย Propanolol 10-20 mg.กินทางปากทุก 4 ชั่วโมง หรือ Lorazepam 0.5-2 mg.ทุก 4 ชั่วโมง
- 4) Neuroleptic malignany syndrome โดยเฉพาะ High potency drug

3. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงรุนแรง

ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มแรก (Initial phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดพฤติกรรมรุนแรงจนถึงระยะวิกฤติ
2. ระยะกลาง (Interim phase) หมายถึง ระยะหลังการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเป็นระยะที่ต้องเฝ้าระวัง ไม่ให้อาการรุนแรง กลับเป็นซ้ำ และระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง
3. ระยะก่อนกลับบ้าน (Predischage phase) หมายถึง ระยะหลังวิกฤติ (Postcrisis) เป็นระยะที่ต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

1. ระยะเริ่มแรก (Initial Phase) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ความรุนแรงของตนเอง ผู้อื่น ทำลายสิ่งของ

Assessment	Intervention	Out come
พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น คือ 1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด - ผู้ป่วยเริ่มส่งเสียงดัง ร้อง ตะโกน พูด นำเสียงก้าวร้าว คำหรือสาปแช่งคนอื่น - เสียงดังมากขึ้น ดุด่าคำหยาบคาย รุนแรง - ใช้คำสกปรก - ขู่ทำร้ายคนอื่น 2. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ - ปิดประตูเสียงดัง - ทำลายสิ่งของ ขว้างปา - ทบทำลายสิ่งของแตก - จุดไฟเผาสิ่งของ 3. พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง - กัด ขีด หยิก ข่วน ตีตนเอง ดึงผม - โจมตีระยะ หรือต่อสิ่งของ - กรีดแขนตนเอง	1. ประเมินความรู้สึกรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม โดยการสังเกตอาการ การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง คำพูดและการกระทำ ตลอดจนการเคลื่อนไหวและประเมินสิ่งกระตุ้นที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง และใช้แบบประเมิน SAVE แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว(OAS) 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย - จัดสถานที่ โดยเก็บวัตถุ สิ่งของอาจเกิดอันตรายออกจากห้องผู้ป่วยและตรวจค้นตัวผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายหรือนำมาใช้เป็นอาวุธ - ถ้าประเมินพบว่าสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงเป็นผู้ป่วยอื่นที่อยู่ในที่อยู่ที่สถานการณ์ขณะนั้นให้แยกผู้ป่วยออกจากกัน 3. จัดสถานที่ให้ปราศจากสิ่งรบกวน โดยให้ผู้ป่วยอยู่ห่างจากผู้อื่นหรือแยกผู้ป่วยอื่นไม่ให้เข้าใกล้ผู้ป่วย เผื่อระวังและสังเกตอาการผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตราย	1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดลดลง - ทุกน้ำเสียงเบาลง ใช้คำพูดที่สุภาพขึ้น - ไม่พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเอง 2. มีพฤติกรรมทางการกระทำลดลง - สีหน้าแจ่มใส แววตาเป็นมิตรมากขึ้น ไม่มีท่าทีคุกคามผู้อื่น - ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ 3. ผู้ป่วยเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ปลอดภัยจากพฤติกรรมรุนแรง 4. บาดแผลจากการบาดเจ็บได้รับการดูแลจนหายเป็นปกติ 5. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่น ๆ

Assessment	Intervention	Out come
ทำร้ายตนเองรุนแรง บาดเจ็บภายใน กระดูกหัก มีบาดแผลลึกและหมดสติ 4. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น - ทำที่ถูกลูกตาม จับเสื้อผ้า - พุ่งชน เตะ ผลัก ดึงผม ชกต่อยจนบาดเจ็บซ้ำ - ทำร้ายคนอื่นบาดเจ็บปานกลาง ถึงบาดเจ็บรุนแรงกระดูกหัก บาดแผลลึก - มีการบาดเจ็บที่รุนแรงจากการทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่นและทำลายสิ่งของ ปัญหาที่พบ 1. ไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการตนเองได้ 2. ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ 3. ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรมของตน ได้ในทางที่เหมาะสมและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม 4. ต้องการไม่รับประทานตามแผนของแพทย์	4. เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย โดยพยาบาลอยู่ในระยะห่างจากผู้ป่วยที่ประเมินแล้วว่าปลอดภัย หลีกเลี่ยงการสัมผัสตัวผู้ป่วยและมีทีมผู้ช่วยเหลือเฝ้าดูห่าง ๆ - พยาบาลแนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก บอกหน้าที่ในการดูแลให้ความช่วยเหลือ เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ไม่ตะคอก ไม่ท้าทายผู้ป่วย - สอบถามเกี่ยวกับ การต้องการความช่วยเหลือ ความคิด การรับรู้ และอารมณ์ของผู้ป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ขณะที่ผู้ป่วยเล่าระบายอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก พยาบาลจะพยายามพูดโน้มน้าวและชักจูงให้ผู้ป่วยคลายพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด และการกระทำลดลง - หลีกเลี่ยงการจ้องตาและไม่ให้สัญญาณในสิ่งที่ทำไม่ได้	6. ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย 7. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 8. ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองในทางที่เหมาะสม 9. ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 10. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ได้รับความสุขสบายและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรมและการฉีดยา PRN

Assessment	Intervention	Out come
1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	5. ประเมินความเข้าใจและการจัดการกับอาการแพ้ของตนเองในทางที่เหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ 6. ประเมินพฤติกรรมรุนแรงเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะไม่คุกคามผู้ป่วยด้วยการลงโทษและเข้าไปควบคุมผู้ป่วยด้วยท่าที่ที่มั่นคง สงบ และเต็มใจให้การช่วยเหลือและป้องกันอันตราย โดยพาผู้ป่วยไปอยู่ห้องแยก	
1. บกพร่องในการดูแลตนเอง 2. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการจำกัดพฤติกรรม 3. ผู้ป่วยไม่สุภาพขณะจำกัดพฤติกรรม 4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรม	7. ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ห้องแยกโดย - อธิบายเหตุผล / ความจำเป็นที่ต้องอยู่แยก และสิทธิของผู้ป่วยขณะอยู่ห้องแยก - จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ที่นอน หมอน และห้องที่สะอาด มีแสงไฟ ที่พอเหมาะ - ประเมินอาการผู้ป่วยทุก 1 ชม. โดยการสอบถามความต้องการและพูดคุยให้กำลังใจ - ดูแลความต้องการในการกิจวัตรประจำวัน เช่น อาหาร ความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย	

Assessment	Intervention	Out come
	- ดูแลให้การพยาบาลบาดแผลที่เกิดขึ้นจากการเกิดพฤติกรรมทางการกระทำ - ประเมินอาการและพฤติกรรมใช้ห้องแยกเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ 8. เมื่อจัดการวิธีข้างต้น ไม่ได้ผลพิจารณาให้ยา PRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การดูแลช่วยเหลือโดย - ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังให้ยา PRN ภายใน 30 นาที - หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ - สังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อเกร็ง ง่วงนอนมากเกินไป สับสน ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาแพทย์ ระวังไม่ให้ผู้ป่วยทักทาย โดยให้รับประทานยาต่อหน้าและอำพาทให้ดูทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยา พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป	

Assessment	Intervention	Out come
	9. ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนได้ ให้การดูแลช่วยเหลือในระยะของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อไป - ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ให้การดูแลช่วยเหลือในระยะกลางและระยะก่อนกลับบ้านต่อไป 10. ประเมินพฤติกรรมเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดูแลจำกัดพฤติกรรมแก่ผู้ป่วย โดย 1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ผ้าสำหรับผูกยึด 4 ผืน 2) ทีมเข้าไปจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย โดยพยาบาลหัวหน้าทีมบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องใช้การผูกยึด พร้อมให้เหตุผลสั้นๆ ให้เวลากับผู้ป่วยเล็กน้อยในการให้ความร่วมมือ เมื่อพร้อมแล้วให้สัญญาณเข้าจับผู้ป่วยพร้อมกัน 3) เจ้าหน้าที่คนที่ 2,3 จับที่ข้อไหล่กับแขนข้างละคน 4) เจ้าหน้าที่คนที่ 4,5 จับที่ข้อสะโพกและข้อเท้า 5) เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ช่วยจับศีรษะผู้ป่วยและช่วยกันยกไปที่เตรียมผู้ป่วย	

Assessment	Intervention	Out come
	6) จับผู้ป่วยนอนหงายใช้ผ้าผูกยึด 4 ศีรษะมัดแขน ขา ศีรษะข้าง ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่คนที่ 5 ให้กดหัวเข้าผู้ป่วยทั้งสองข้าง พร้อมทั้งตรึงผ้าทั้ง 4 ศีรษะมัดผู้ป่วยไว้กับเหล็กใต้เตียง โดยใช้เงื่อนกระดุก และใช้ผ้าปูเตียงมัดหน้าอกผู้ป่วย (ในกรณีผู้ป่วยผุดลุกผุดนั่งบ่อย) โดยผูกปลายทั้งสองข้างกับเตียง) 7) หลังผูกยึดให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่ต้องจำกัดพฤติกรรม และแจ้งสิทธิของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเรื่องอาหารและน้ำตามเวลา ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ และดูแลความสะอาดของร่างกาย 8) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจสอบการไหลเวียนของโลหิตบริเวณผูกยึดดูแลผ้าผูกยึดไม่ให้ตึง และคลายการผูกยึดหรือเปลี่ยนทำในการผูกยึดผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และไม่ควรมัดผูกผู้ป่วยเกิน 12 ชั่วโมง 9) เผ่าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย โดย - จัดสภาพแวดล้อม โดยจัดให้เตียงผู้ป่วยอยู่ในใต้เคาน์เตอร์พยาบาล และดูแลความสะอาดเรียบร้อยบริเวณที่พักของผู้ป่วย	

Assessment	Intervention	Out come
	- ดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดเหงื่อ - ดูแลความสะอาดของช่องปาก และเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง - ดูแลให้การพยาบาลบาดแผลที่เกิดขึ้นจากการเกิดพฤติกรรมทางการกระทำ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบทุกมื้อ - ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว - ดูแลให้ได้นอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 11. ประเมินอาการและพฤติกรรมจำกัดพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ เช่น การเกิดแผลถลอกหรือบวมบริเวณขาที่สูบบุหรี่ ปวดเมื่อยลำตัวและแขน ขา ฯลฯ เมื่อมีอาการเหล่านี้รีบให้การช่วยเหลือ หรือรายงานแพทย์ 12. เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ให้การดูแลช่วยเหลือในระยะกลางและระยะก่อนกลับบ้านต่อไป	

Assessment	Intervention	Out come
	13. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และส่งเวรต่อเนื่องอย่างละเอียดทุกเวรร่วมโปรแกรมการ สอนเทคนิคการควบคุมความโกรธและการสอนทักษะ การจัดการกับความโกรธ 14. มอบหมายให้บุคลากรในทีมติดตามดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังอาการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย 15. ถ้าญาติครอบครัวมาเยี่ยม ให้การดูแลช่วยเหลือในชั้น ก่อนกลับบ้านต่อไป	

2. ระยะกลาง (Interim phase) ระยะหลังเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็นระยะที่ต้องเฝ้าระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ คือ ระยะพักฟื้นจากพฤติกรรมรุนแรง (Recovery phase)

Assessment	Intervention	Out come
พฤติกรรมที่แสดงออก 1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด - ผู้ป่วยจะพูดด้วยน้ำเสียงเบาลง สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ดีขึ้น - ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้ ไม่คุกคาม ช่มชู้ หรือคำผู้อื่น 2. พฤติกรรมรุนแรงทางการกระทำ - สีหน้าแววตาแจ่มใสขึ้นมีสมาธิมากขึ้น - ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมที่รุนแรง การเกรี้ยวของกล้ามเนื้อลดลง ร่างกายผ่อนคลายลง ควบคุมตนเองด้านอารมณ์และร่างกายได้ ไม่ทำอันตรายต่อตนเองผู้อื่น และสิ่งของ	1. ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง รู้จักอารมณ์ของตนเอง ให้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีการระบายอารมณ์และพฤติกรรมของตน รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการคิด และค้นหาวิธีการระบายอารมณ์ที่เป็นที่ยอมรับของสังคม พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถบอกวิธีในการแสดงอารมณ์ที่สร้างสรรค์ 2. เมื่อผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จัดให้เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยอื่น โดยเริ่มจากกิจกรรมกลุ่มที่มีสมาชิกน้อย และใช้สมาธิน้อย เช่น กลุ่มนันทนาการ กลุ่มกีฬา กลางแจ้ง เป็นต้น 3. เสริมสร้างความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์	1. ผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำในระยะเกิดพฤติกรรมรุนแรง 2. ผู้ป่วยปรับตัวและจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของตนในทางที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของสังคม 3. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น

Assessment	Intervention	Out come
ปัญหาที่พบ 1. เสี่ยงต่อการกลับซ้ำของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 2. ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวและระบอบอารมณ์ของตนเองได้ในทางที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของตัวเอง 3. บทพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม		

3. ระยะก่อนกลับบ้าน (Predischarge) หมายถึง ระยะหลังภาวะวิกฤต (Postcrisis depression phase) เป็นระยะที่ต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

Assessment	Intervention	Out come
1. พฤติกรรมทางคำพูด - ผู้ป่วยพูดด้วยน้ำเสียงเบาลง จนเป็นปกติ สามารถสื่อสารความต้องการของตนได้ดีขึ้น - ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้ดี ไม่คุกคาม ข่มขู่ หรือคำผู้อื่น - ผู้ป่วยสื่อสารและบอกความต้องการของตนเองกับญาติได้ 2. พฤติกรรมรุนแรงทางการกระทำ - สีหน้าแววตาแจ่มใสขึ้น มีสมาธิมากขึ้น - ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมที่รุนแรง การเกรี้ยวของกล้ามเนื้อลดลง ร่างกายผ่อนคลายลง ควบคุมตนเอง ด้านอารมณ์และร่างกายได้ ไม่ทำอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ	1. ดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มตามความเหมาะสม เพื่อสร้างความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในทางที่เหมาะสม 2. เตรียมญาติ/ครอบครัวให้เข้าพฤติกรรมของผู้ป่วยและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติในเรื่อง - พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และบทบาทของญาติในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย - การสื่อสารในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง - ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือฉุกเฉิน ถ้าเกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีกับผู้อื่น 2. ญาติ/ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย 3. ญาติ/ครอบครัวมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้

Assessment	Intervention	Out come
ปัญหาที่พบ 1. บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่น 2. ญาติ/ครอบครัวไม่เข้าใจในความคิดและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย 3. ญาติ/ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย		

- มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย
 มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์อย่างเหมาะสม
 มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปรับตัวและระบอบความก้าวร้าวได้เหมาะสม

ประวัติคณะผู้วิจัย

1. นางวรางรัตน์ ทะมั่งกลาง

สถานที่เกิด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การศึกษา

ปี 2517 ประกาศนียบัตรการพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย (หลักสูตร 4 ปี)

ปี 2524 ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) หลักสูตร 2 ปี

ปี 2525 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชหลังปริญญาตรี
(หลักสูตร 1 ปี)

ปี 2546 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาบริหารจัดการภาครัฐ)

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล /
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

2. นางวรรณภา แห้วดี

สถานที่เกิด จังหวัดอุดรธานี

การศึกษา

ปี 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
(หลักสูตร 4 ปี)

ปี 2531 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชหลังปริญญาตรี
(หลักสูตร 1 ปี)

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตำแหน่ง รองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ด้านบริการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. นางศิริพร ธงยศ

สถานที่เกิด จังหวัดขอนแก่น

การศึกษา

ปี 2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ปี 2546 ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
(หลักสูตร 4 เดือน)

ปี 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ