



การพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรม
ก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช
(Development of prevention and management of
aggressive and violent behaviors in psychiatric ward)

โดย

นายกริชนรินทร์ นาคบุตร

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ความก้าวร้าวและความรุนแรงมักจะได้รับการกล่าวถึง ว่าเป็นสาเหตุของอันตรายที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ และเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญในสถานพยาบาล ที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้การช่วยเหลือโดยทันที ถูกต้อง แม่นยำ บุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นบุคคลแรกที่ต้องเข้าไปประเมินสถานการณ์ความรุนแรง ควบคุมสถานการณ์นั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความรุนแรง บ่อยครั้งถูกกระทำให้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์จึงมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยสูง และเป็นบุคคลที่มีแนวโน้ม ที่จะได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มากที่สุด

ดังนั้นในการป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ต้องเริ่มจากการอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ ในการประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงที่เกิดขึ้น ธรรมชาติของพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาสาเหตุ และการให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถลดความรุนแรงป้องกันอันตราย ลดการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย บุคคลคนอื่น ทีมบุคลากรตลอดจนทรัพย์สินทางราชการไม่ถูกทำลายได้

กริชนรินทร์ นาคบุตร

มิถุนายน 2550

1. วัตถุประสงค์ 2. วัตถุประสงค์ 3. วัตถุประสงค์ 4. วัตถุประสงค์	5. วัตถุประสงค์ 6. วัตถุประสงค์ 7. วัตถุประสงค์ 8. วัตถุประสงค์
--	--

สารบัญ

คำนำ	ก
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเวช	1
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช	4
สัญญาณเตือนผู้ป่วยใกล้จะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	7
วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	15
การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว	16
แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง	24
กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง	39
เอกสารอ้างอิง	45

1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิต

1.1 นิยามโรคจิตเวช (Psychosis)

มานิซ หล่อตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Psychosis) หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (Out of reality) ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเวช บุคคลจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

- 1) อาการหลงผิด (Delusion) คือ การปักใจเชื่อในบางสิ่งบางอย่าง อย่างฝังแน่น ไม่ว่าจะมีความจริงหรือมีหลักฐานมาคัดค้านที่เห็นชัดว่าสิ่งที่เขาเชื่อนั้นผิด เขาก็ยังฝังใจเชื่อเช่นนั้น
- 2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ ไม่มีสิ่งเร้า (No stimuli) แต่ผู้ป่วยมีการรับรู้ (Perception) เกิดขึ้นได้ทั้งทางหู ตา สัมผัส กลิ่น รส เช่น หูแว่ว ภาพหลอน รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ตามผิวหนังต่างๆ ที่ไม่มี (Tactile hallucination) ได้รสอาหารต่างๆ ที่ไม่มีอาหารในปาก (Gustatory hallucination) หรือได้กลิ่นเหม็นๆ ที่คนอื่นที่อยู่ด้วยไม่ได้กลิ่น (Olfactory hallucination)
- 3) การแปลสิ่งเร้าผิด (Illusion) คือ มีสิ่งเร้า แต่แปลสิ่งเร้านั้นผิดไป เช่น เห็นเชือกเป็นงู เห็นหน้าภรรยาเป็นหน้าผีที่น่ากลัว
- 4) พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก (Grossly disorganized behavior) มีพฤติกรรมที่ไม่ว่าใครเห็นก็คิดว่าผิดปกติ เช่น ร้องตะโกนโวยวาย วิ่งไปตามถนน วุ่นวายตลอด แบบเฉยเมย ไม่ทำอะไร หรือมีท่าทางแปลกๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตจะไม่ทราบว่าตนเองผิดปกติ เขาจะเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเช่นนั้นจริงๆ

1.2 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรม สมภพ เรืองตระกูล (2542) และ สุชาติ พหลภาคย์ (2544) ได้แบ่งอาการและอาการแสดงของโรคจิตเวชออกเป็น 10 ชนิด ดังนี้

1.2.1) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Disturbance of consciousness) ได้แก่ผู้ป่วยจะมีอาการง่วง สับสน ไม่สามารถบอกเวลา สถานที่และบุคคลได้ (Confusion) ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว (Clouding of consciousness) มีอาการเพ้อ เนื่องจากหวาดกลัวจากอาการประสาทหลอน และแปลภาพผิด (Delirium) บางเวลารู้สึกตัวดี บางเวลาสับสน (Fluctuation of consciousness) สมาธิเสียไปอย่างมากจนไม่สามารถตั้งใจรับฟังเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ (Distractibility) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

1.2.2) ความผิดปกติของพฤติกรรมเชิงการเคลื่อนไหว (Disturbance of motor behavior) ได้แก่ กล้ามเนื้อกระตุก โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (Tics) มีการกระทำซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น นั่งโยกตัวตลอดเวลา (Stereotypy) ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน ทำสิ่งตรงข้ามกับคำสั่ง (Negativism) ผู้ป่วยอยู่ในท่าแปลกๆ นานเกินปกติ (Catalepsy หรือ Posturing) หรือเมื่อเราจับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งผู้ป่วยก็จะอยู่ในท่านั้นนาน

ผิดปกติ (Waxy flexibility) ทำตามคนอื่นโดยไม่ตั้งใจ (Automatic obedience) ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวเลย รวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม ไม่พูด (Catatonic stupor) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมย่ำคิดย้ำทำ (Compulsive) ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ ผุดลุกผุดนั่งตลอดเวลา เนื่องจากมีความรู้สึก พลุ่พ่วนกระวนกระวายอยู่ภายใน (Agitation) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2.3) ความผิดปกติของการพูด (Disturbance of speech) ได้แก่ ความผิดปกติของคำพูด เช่น พูดน้อย พูดไม่มีเสียงสูงต่ำ พูดเฉพาะเวลาที่ถาม พูดพึมพำพูดมากควบคุมไม่ได้ พูดติดอ่าง หรือจังหวะการพูดผิดปกติ การพูดออกเสียงไม่ชัด (สุชาติ พหลภักย์, 2544)

1.2.4) ความผิดปกติของอารมณ์ (Disturbance of emotion) ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกกลัวหวาดหวั่น วิดก กังวล โดยเกิดขึ้นเองไม่มีเหตุผล (Anxiety) มีอาการตื่นตระหนก ตื่นเต้น ตกใจง่าย กระวนกระวาย นอนนิ่งไม่ได้ (Panic) มีความกลัวต่อเหตุการณ์เกินกว่าเหตุ เช่น กลัวที่แคบ กลัวแมว (Phobia) อาการที่ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายผิดปกติ (Euphoria) และมีอาการร่าเริง สนุกสนานผิดปกติ (Elation) หรือมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใดๆ (Apathy) หรือผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ (Inappropriate affect) ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายกว่าธรรมดา (Irritability) มักพบในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2.5) ความผิดปกติของการรับรู้สัมผัส (Disturbance of perception) ได้แก่ การแปลสิ่งที่พบเห็นผิดไปจากความเป็นจริง Illusion) มีอาการประสาทหลอน (Hallucination) 5 ชนิด คือประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงจากภายนอก อาจเป็นเสียงแปลกๆ หรือคำพูดชู้สาวต่างๆ (Auditory hallucination) ประสาทหลอนเห็นเป็นภาพคน (Visual hallucination) มีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามตัว (Tactile hallucination) ผู้ป่วยได้กลิ่นแปลกๆ เช่น กลิ่นเหม็นไหม้ (Olfactory hallucination) และรู้รสแปลกๆ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาหารหรือเครื่องดื่มรสขมของยาพิษ (Gustatory hallucination) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2.6) ความผิดปกติของความคิด (Disturbance of thinking) ได้แก่

1.2.6.1 ความผิดปกติเนื้อหาของความคิด (Disorders of content of thought) เช่น มีความคิดหลงผิด คิดไปเองว่ามีคนขู่ทำร้าย (Delusion of persecution) ความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาควบคุมความคิดและการกระทำของตนได้ (Delusion of being controlled) ผู้ป่วยมีความคิดว่ามีคนพูดจาเกี่ยวกับตน (Delusion of reference) ความคิดว่าตนเองมีอำนาจ (Delusion of grandiosity) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนได้ (Thought broadcasting)

1.2.6.2 ความผิดปกติของรูปแบบความคิด (Disorders of form of thought) เช่น ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ (Loosening of association) พบในผู้ป่วยจิตเภท การพูดไม่ต่อเนื่องขาดเป็นห่วงๆ (Incoherence) กระแสความคิดหยุดชะงักทันที เพราะความคิดขาดหายไปเฉยๆ

(Blocking) คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง (Neologism) ผู้ป่วยมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน (Flight of ideas) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2.7) ความผิดปกติของความจำ (Disturbance of memory) ความสามารถของคนในการจำสิ่งต่างๆ ต้องประกอบด้วยกระบวนการ 3 อย่างคือ (สุชาติ พหลภักย์, 2544)

1.2.7.1 ความสามารถในการบันทึกประสบการณ์ในอดีตไว้ในสมอง (Registration)

1.2.7.2 ความสามารถในการเก็บสิ่งที่บันทึกไว้ได้ตลอด (Retention)

1.2.7.3 ความสามารถที่จะระลึกสิ่งที่เคยประสบมาได้ (Recall)

การสูญเสียความจำ (Amnesia) มี 2 ชนิด คือ

การสูญเสียความจำเนื่องจากความผิดปกติทางสมอง (Organic amnesia) ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการบันทึกประสบการณ์ในอดีตไว้ในสมอง (Registration) ความสามารถในการเก็บสิ่งที่บันทึกไว้ได้ตลอด (Retention) แบ่งออกเป็น

ก. การสูญเสียความจำภายหลังเกิดเหตุการณ์ (Anterograde amnesia)

ข. การสูญเสียความจำก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณ์ (Retrograde amnesia)

1.2.8) ความผิดปกติของระดับเชาว์ปัญญา (Disturbance of intelligence) ได้แก่ปัญญาอ่อน (Mental retardation) ส่งผลกระทบต่อการบรรลุพัฒนาการ การเรียน การทำงานและการปรับตัว ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ทำให้ความจำเสื่อม สูญเสียความสามารถในการคำนวณ ผู้ป่วยมีอาการไม่เข้าใจสิ่งต่างๆ อย่าง นามธรรม (สุชาติ พหลภักย์, 2544)

1.2.9) ความผิดปกติของการหยั่งรู้ในตนเอง (Disturbance of insight) การหยั่งรู้ในตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง และเข้าใจความหมายของสถานการณ์ ซึ่งการหยั่งรู้ในตนเองที่ผิดปกติ ได้แก่

1.2.9.1 มีความสามารถในการเข้าใจความเป็นจริงเชิงวัตถุวิสัยของสถานการณ์ลดลง (Impaired insight)

1.2.9.2 มีความสามารถในการเข้าใจความเป็นจริงเชิงวัตถุวิสัยของสถานการณ์ แต่ไม่สามารถนำสิ่งที่เข้าใจไปใช้ประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ (Intellectual insight)

1.2.9.3 มีความสามารถในการเข้าใจความเป็นจริงเชิงวัตถุวิสัยของสถานการณ์และสามารถนำสิ่งที่เข้าใจไปปรับปรุงเพื่อควบคุมสถานการณ์หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สุชาติ พหลภักย์, 2544)

1.2.10) ความผิดปกติของการตัดสินใจ (Disturbance of judgment) การตัดสินใจ คือความสามารถในการเปรียบเทียบหรือประเมินข้อเลือกภายใต้เงื่อนไขที่วางไว้ เพื่อกำหนดวิถีทางปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ชนิดของการตัดสินใจ มีดังนี้

1.2.10.1 ความสามารถในการประเมินพิจารณา และความสามารถในการเลือกข้อเลือกภายใต้สถานการณ์หนึ่ง (Critical judgment)

1.2.10.2 การตัดสินใจอย่างอัตโนมัติเกิดจากความเชื่อ และทัศนคติที่ฝังแน่น (Automatic judgment)

1.2.10.3 ความสามารถในการเข้าใจสถานการณ์อย่างถูกต้องลดลง และความสามารถในการทำต่อไปอย่างถูกต้อง ลดลงด้วย (Impaired judgment) (สุชาติ พหลภักย์, 2544)

ดังนั้นจะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด และการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดูแลในหอผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

2.1 นิยามและลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Aggressive Behavior)

ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงไว้ดังนี้

เพียร์ดี เปี่ยมมงคล (2536) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึงภาวะรุนแรงที่สุดของความก้าวร้าว (Aggressive) มีลักษณะที่แสดงออกทันที ทั้งคำพูดและการใช้กำลังทำให้บุคคลอื่นบาดเจ็บหรือสิ่งของถูกทำลายเสียหาย

ธีระ ลีลานั้นทกิจ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึง การเดียดจัญไร การทำลาย ถ่วงละเมิด การสบประมาท การใช้กำลังโดยพลการ มีลักษณะคือบันดาอารมณ์โกรธออกมาอย่างกะทันหัน มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบสุดๆ ทำให้บาดเจ็บขึ้นทันทีหรือทำร้ายบุคคล ทำลายสิ่งของหรือองค์กร

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มนัส สูงประสิทธิ์ (2548) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึง การกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สินเสียหายได้

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

Mayhew & Chappell (2001) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงยังรวมถึง การคุกคาม การข่มเหงผู้ร่วมงานหรือผู้ดูแล ก่อให้เกิดความเครียดความกลัว

Thomas (2001) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การที่จิตใจหรือเจตนาทำอันตรายกับผู้อื่น

Barry (2002) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง อารมณ์ที่ประกอบด้วยความคับข้องใจ และการไม่พอใจหรือความรุนแรงของอารมณ์ ซึ่งปกติจะเป็นอารมณ์ที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของทุกคนตั้งแต่เกิด

Videbeck (2002) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งมีเหตุมาจากแรงขับของความก้าวร้าวหรือความไม่เป็นมิตร ที่อาจกระทำต่อวัตถุ บุคคลอื่นหรือตนเอง

Janice (2004) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีเจตนาความตั้งใจที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมเหนือผู้อื่น

Hamolia (2005) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การแสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งทางด้านร่างกายและทางวาจา หรือการแสดงปฏิกิริยาต่างๆเพื่อป้องกันตนเอง ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เป็นการแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม

Irwin (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การถูกทำร้ายทางด้านร่างกายและทางด้านวาจา

เนื่องจากความก้าวร้าว (Aggressive) และ ความรุนแรง (Violence) เป็นคำที่มีความหมาย ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกใกล้เคียงกัน เป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อเนื่องกันเริ่มจาก ความรู้สึกโกรธนำมาก่อน ความก้าวร้าวและ ความรุนแรงเป็นเรื่องการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่ง Harris & Rawlins (1993) ได้อธิบาย อารมณ์ความรู้สึกโกรธมีมาแต่กำเนิด จะเกิดเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ความโกรธจะรุนแรงเพิ่มขึ้นและแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา เมื่อมีสิ่งที่มาคุกคาม หรือความต้องการ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล บุคคลจะแสดงความรู้สึกของความมีอำนาจในการต่อสู้ ความรู้สึกที่ด้อยค่า กลัว ปฏิเสธ ถ้าความโกรธไม่ได้แก้ปัญหา หรือความโกรธไม่ได้ระบาย เก็บความโกรธไว้เป็นเวลานาน เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรอย่างเรื้อรัง ถ้าความโกรธเก็บไว้ภายใน ทำให้เกิดพฤติกรรมซึมเศร้า แสดงอาการการเจ็บป่วยทางกายออกมา แต่ ถ้าความโกรธแสดงออกภายนอก จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นข้อมูลจาก Blackwell Synergy เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2550 พบว่ามีการใช้คำ Aggressive ทั้งหมด 6491 เรื่อง Violence ทั้งหมด 3624 เรื่อง และใช้ทั้ง Aggressive and Violence ทั้งหมด 8142 เรื่อง ส่วนใหญ่จะใช้ 2 คำนี้สลับกันไปมา ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้จะใช้คำว่า ก้าวร้าว (Aggressive) และ รุนแรง (Violence) เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อเนื่องกันเริ่มจาก ความรู้สึกโกรธนำมาก่อน ความก้าวร้าวและ ความรุนแรงเป็นเรื่องการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งมีความหมายต่อดังต่อไปนี้

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) หมายถึง ปฏิบัติที่แสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งด้านคำพูดหรือท่าทาง ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ ความระแวงสงสัย ไม่สมหวัง เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม อาจแสดงออกด้วย การคุกคาม มีเจตนาข่มขู่ หรือทำให้หวาดกลัว (Harper-Jaques & Reimer, 2001;Hamolia.2005) เป็นการปลดปล่อยความโกรธ ความคับข้องใจ และสิ่งที่ไม่ดีต่างๆ ในใจออกมา เพื่อปกป้องหรือพิทักษ์สิทธิของตนเอง เป็นรูปแบบของการแสดงออกของอารมณ์โกรธที่พบมาก และบ่อยที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2542)

พฤติกรรมรุนแรง (Violence) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึกที่ถูกคุกคาม หรือรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในอันตราย โดยพฤติกรรมรุนแรงจะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ของความรู้สึกสงสัย กลางแกล้งใจ และ

บันดาลความโกรธออกมาอย่างกะทันหัน และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกทันที โดยมีตั้งแต่การใช้คำพูดที่หยาบคาย จนถึงขั้นแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น โดยการใช้พลังกำลังในการจู่โจม ทำร้ายร่างกาย เช่น ถ่มน้ำลาย การตี การทุบ การฟาด และการเตะ ซึ่งมีผลให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ หรือสูญเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นยังทำลายทรัพย์สิน สิ่งของเสียหาย (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541; วาสนา แฉล้มเขตร, 2544; Harper-Jaques & Reimer, 2001)

สรุป พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงหมายถึง การแสดงออกอย่างรุนแรงสุดของความก้าวร้าว (Aggressive) เพื่อการทำลายที่อาจกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งของ เกิดจากความรู้สึกที่ถูกคุกคาม หรือรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในอันตราย อันเป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความกลัว ความรู้สึกผิด และความคับข้องใจ อาจแสดงออกในรูปแบบของการพูดจา หยาบคาย จนถึงขั้นแสดงพฤติกรรมรุนแรง (Violence) มากขึ้น โดยการใช้กำลังในการ ทุบทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองและบุคคลอื่นจนทำให้บาดเจ็บ โดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งมีผลให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ หรือทรัพย์สินเสียหายได้

2.1.1 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงแตกต่างกัน ไว้ดังนี้
จิตจำนง ผลพฤษา (2540) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงทั้งทางคำอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมการกระทำไว้เป็น 3 ลักษณะ คือ

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

2) ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ รู้สึกตัวเองซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

3) ด้านพฤติกรรมทั้งคำพูดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพูดคำหยาบคาย วิพากษ์วิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ส่งเสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจการพูด พุดเร็ว พุดไม่ต่อเนื่อง พุดจนเสียงแหบ คอแห้ง ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่ดี ไม่สนใจเรื่องของการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางอารมณ์สูง ทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้หาเรื่องวิวาท ใช้ยาฆ่าฟันเพื่อข่มขู่ ทุบตี ใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่น

Yudofsky et al. (1986) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1) พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (Verbal violent behavior) ประกอบด้วย การ ส่งเสียงดัง หรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกคนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไร เช่นนี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามขู่จะทำร้าย

2) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (Physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้นกำแพง ชกสิ่งของกระแทกตัวเองกับผนังห้องมีรอยฟกช้ำ ที่ลำตัว

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

4) พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ขีดเขียนฝาผนังห้อง ทับกระจก

นอกจากนี้ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ยังได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงตามการแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ คือพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ดังนี้

1) การกระทำรุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การพุดหยาบคาย คำว่า การแสดงความก้าวร้าวบุคคลหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุ การมีอารมณ์หงุดหงิดมาก กระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ อาละวาด ทำอันตรายต่อบุคคล สัตว์หรือทำลายสิ่งของ เป็นต้น

2) การกระทำรุนแรงที่มุ่งเข้าหาตนเอง เช่น การใช้คำพุดตำหนิตนเอง การทำร้ายตัวเอง เช่น การไม่รับประทานอาหารเช้า การรับประทานยาเกินขนาด กรีดข้อมือตนเอง จนถึงการทำตัวตาย เป็นต้น

สรุป ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มีการแบ่งโดยใช้แนวคิดที่แตกต่างกันในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Yudofsky et al. (1986) ที่แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะคือพฤติกรรมรุนแรงทางคำพุด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ เพราะได้ให้รายละเอียดของพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกได้ชัดเจน ครอบคลุม กับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) ของรัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543)

2.1.2 สัญญาณเตือนผู้ป่วยใกล้จะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

ธีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ได้กล่าวถึงอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือน ที่บ่งบอกว่าผู้ป่วย ใกล้จะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ดังนี้

1) มีการพุดเสียงดัง พุดเป็นเชิงข่มขู่ และใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย หรือพุดเปรยให้คนอื่นรู้ตัวก่อน จากการแสดงอารมณ์โกรธ และกระวนกระวายทั้งกายและใจ เช่น พุดเร็ว พุดด้วยน้ำเสียงโกรธ

2) มีกล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น เช่น นั่งขบแก้ม หรือเอามือกำพนักที่วางแขนของเก้าอี้ หรือใช้มือสองข้างเกาศีรษะไปมาอย่างแรง

3) มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เช่น ออกก้าวเดิน หรือรุ่มร่าม อยู่ไม่สุข

4) มีการปิดประตูดังปัง หรือเคาะเครื่องแต่งบ้าน

5) มีการพูดขึ้นมาเองโดยผู้ป่วยด้วยความสงสัยในตัวเอง ในขณะที่ผู้ป่วยต่อสู้ทำร้ายคนอื่นที่ไม่รู้เรื่อง เนื่องจากไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น

6) มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจมากขึ้น มีการพกอาวุธหรือสิ่งของอื่นๆ ที่อาจใช้เป็นอาวุธได้

7) มีลักษณะระแวงเด่นชัดในผู้ป่วยโรคจิตเวช

8) มีประสาทหลอนทางหูสั่งให้ทำรุนแรง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยบางราย โดยไม่เกิดกับผู้ป่วยทุกราย

9) มีการกระทำรุนแรงเมื่อเร็วๆ นี้ รวมทั้งการทำให้ทรัพย์สินเสียหาย

10) มีอาการเมาสุรา หรือเมาสารเสพติด

11) มีโรคทางสมองโดยเฉพาะพบบรอยโรคที่ Frontal lobe หรือพบบรอยโรคที่บริเวณ Temporal lobe

12) มีอาการ Mania ที่ชัดเจน

13) มีอารมณ์เศร้า ที่มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจอย่างชัดเจน

14) มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ เช่น เดือดดาล พฤติกรรมรุนแรง หรือควบคุมแรงผลักดันไม่ได้

15) นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอย่างอื่น ที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง คือ ความเครียด

2.2 แนวคิดทฤษฎีและสาเหตุที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับชีววิทยา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับจิตวิทยา และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 แนวคิดทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)

เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ในขั้นแรกจะต้องพิจารณาถึงสภาพชีววิทยาในร่างกายมนุษย์ ซึ่งพบว่าอัตราความถี่ในการเกิดความโกรธ เกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาด้านสมอง อาจมีสาเหตุจากสมองขาดออกซิเจน ขาดสารอาหาร การได้รับสารพิษ มีก้อนเนื้อในสมอง หรือผลที่เกิดจากการที่สมองได้รับบาดเจ็บ และยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติด้านสมองส่วนหน้าได้รับบาดเจ็บ จะทำให้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการตัดสินใจลดน้อยลง อาจจะทำให้พฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Scarpa & Raine , 1997 cited in Harper-Jaques & Reimer, 2001) นอกจากนี้การศึกษาคีโรรสร้างและการทำงานของสมองยังพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังต่อไปนี้

1) โครงสร้างสมองและวงจรของอารมณ์ (Neurostructural model and emotional circuit) โครงสร้างของสมองส่วนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงคือ ระบบลิมบิก (Limbic system) และ

สมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (Cerebral cortex at frontal and temporal lobes) ซึ่ง Harper-Jaques & Reimer (1992 cited in Jaques & Reimer, 2001) ได้อธิบายวงจรการเกิดอารมณ์ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างระบบลิมบิก และกระบวนการเกี่ยวกับความจำ (Neurocognitive process) เขาตั้งสมมุติฐานไว้ว่าหน้าที่ของระบบนี้คือ บุคคลจะเก็บข้อมูลพิเศษสำหรับตนเอง อิทธิพลของข้อมูลที่ได้รับเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากข้อมูลใดที่บุคคลสนใจเป็นพิเศษ ก็จะเลือกและทำการวิเคราะห์เก็บในความคิด ความเชื่อและจดจำ

2) การรับรู้ความสัมพันธ์ของระบบประสาท (Cognitive neuroassociation model) สามารถอธิบายถึงชีววิทยา และอำนาจชักจูงภายในร่างกายอื่นๆเช่น เมื่อบุคคลได้รับบาดเจ็บจากการลื่นล้มเกิดบอร์คที่เด็กทิ้งไว้ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นด้านลบ สิ่งแรกที่ทำให้เส้นประสาทการรับรู้ส่วนปลายทำงานเชื่อมการรับรู้นี้สู่เส้นประสาทไขสันหลัง และเข้าสู่สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำการสังเคราะห์สิ่งที่ถูกส่งเข้ามาในระบบประสาท คือระบบลิมบิก (Limbic system) เป็นส่วนที่ควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ของบุคคล และเป็นพื้นฐานของการสร้างพฤติกรรมเพื่อการอยู่รอด เช่น การโต้ตอบด้วยการต่อสู้ (Harper-Jaques & Reimer, 2001)

3) สารเคมีในสมองและอาการที่เกิดจากซีโรโตนินต่ำ (Neurochemical model and low serotonin syndrome) สารซีโรโตนินเป็นสารสื่อประสาทที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสภาวะทางอารมณ์ที่ซึมเศร้า การนอน การอยากอาหาร ระดับซีโรโตนินต่ำจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และทำให้บุคคลเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น กระวนกระวาย ก้าวร้าว และพบว่าสารซีโรโตนินเป็นสารที่มีการเปลี่ยนไวเมื่อมีการควบคุมอาหาร เนื่องจากในอาหารประเภทที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง จะมีสารอาหารที่เป็นกรดอะมิโนชนิดหนึ่งคือ ทริปโตแฟน (Tryptophan) ที่จำเป็นต่อร่างกายจะทำหน้าที่เป็นตัวนำส่งในกระแสเลือด และสารนี้จะสังเคราะห์เข้าไปในสารซีโรโตนิน โดยการเปลี่ยนเป็น 5-Hydroxytryptophan (5-HT) โดยมี เอนไซม์ 5-ไฮดรอกซีทริปโตแฟน ไฮดรอกซีเลส (Tryptophan hydroxylase) ในสภาวะปกติสารทริปโตแฟนจะมีในกระแสเลือด ซึ่งสารนี้มีผลต่อระดับซีโรโตนิน ดังนั้นในการประเมินการขาดสารซีโรโตนิน ต้องประเมินเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ซึ่งสารนี้จะอยู่ในสารอาหารประเภทข้าวสาลี แป้งสาลี ข้าวโพด ข้าวเหนียว นมและไข่ บุคคลที่มีประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงจะพบว่า มีระดับซีโรโตนินในร่างกายต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kavoussi et al. (1997 cited in Harper-Jaques & Reimer, 2001) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของมนุษย์พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะมีระดับ 5-Hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ต่ำ ซึ่งสารตัวนี้เป็นตัวเผาผลาญสารซีโรโตนินที่สำคัญ และพบว่าบุคคลติดสุราและมีประวัติระดับ Tryptophan ต่ำในกระแสเลือดจะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าบุคคลที่ติดสุราแต่ไม่มีประวัติ Tryptophan ต่ำในกระแสเลือด อาชญากรที่ก่อคดีโดยปราศจากการยั้งคิดพบว่า จะมีระดับ 5-HIAA ต่ำ

4) ระดับฮอร์โมน พบว่าในผู้ป่วยชายที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง มีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) มากกว่าระดับปกติ ทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นเมื่อถูกกระตุ้น ส่วนในเพศหญิงจะมี

การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน คือระดับของเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ในวัยก่อนหมดประจำเดือน ลดลงต่ำกว่าระดับปกติ ด้านสารสื่อประสาท เกิดจากการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน มากกว่าปกติ (Videbeck, 2001) ผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย หรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล รวมทั้งที่มีไข้สูงหรือพิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียด (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) ส่วนความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ มีผลทำให้ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย สับสน เพ้อคลั่ง หลงผิด หวาดระแวง อาจทำร้ายผู้อื่นได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางสมอง ในการผลิตสารสื่อประสาทในสมอง และยังพบว่า อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีส่วนสำคัญในการผลิตสารซีโรโตนิน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย

2.2.2 แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายถึงสาเหตุของบุคคลที่แสดงออก จากการเก็บกอดความรู้สึกไม่สุขสบาย และการไม่ได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Thomas, 1998 cited in Kozub & Skidmore, 2001) Freud ได้อธิบายถึงธรรมชาติของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของมนุษย์ โดยอธิบายเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของมนุษย์เกิดจากความต้องการทางเพศว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่มีมาแต่กำเนิดที่สามารถแสดงออกเมื่อบุคคลมีความก้าวร้าว Freud กล่าวว่า แรงขับ ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของความรู้สึกอยากทำลายหรือกำจัด (The instinct for death or Eros) ซึ่งเป็นแรงขับหนึ่งในสองประเภทของแรงขับที่บุคคลมีมาแต่กำเนิด แรงขับอีกประเภทหนึ่งคือ แรงขับของความสุขความพอใจ หรือความอยากจะมีชีวิตอยู่ (The instinct for life or Eros) แรงขับความก้าวร้าวจะถูกพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ก็ต่อเมื่อแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการทางเพศ (Psychosexual development) ของบุคคลเหมาะสม ผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสม จะมีพลังงานจากความก้าวร้าวติดค้างแฝงอยู่ในจิตไร้สำนึก (Unconscious mind) และพลังงานส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีการที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน เป็นพลังงานของจิตใจที่สำคัญมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจ พลังส่วนนี้มักเป็นตัวเสริม จึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความผิดปกติทางพฤติกรรมหลายๆ รูปแบบ (Messner et al., 1975 cited in Harper-Jaques & Reimer, 2001)

2.2.3 แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural theory)

สังคมในตะวันตกจะยอมรับความมีคุณค่าในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง ซึ่งจะเอื้อให้ผู้ชายมีความสำคัญในสภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจ ในการศึกษาถึงบทบาทที่ผู้ชายมีความสำคัญในสังคม ทำให้เกิดความไม่ยุติธรรมเกิดขึ้น จากการที่บุคคลหนึ่งมีอำนาจมากกว่าอีกบุคคลหนึ่ง จากการติดตามความต้องการของบุคคลที่ได้รับเกียรติคือ การมีอิทธิพลและการควบคุมคนอื่น บุคคลที่ได้รับเกียรติกลุ่มนี้จะควบคุมให้คนอื่นยอมรับหรือเชื่อถือความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น การที่ผู้ชายทำร้ายผู้หญิงโดยการถูกล่วงละเมิดทางเพศและการฆ่า ซึ่งสังคมเชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับและได้รับเกียรติ(Jenkins, 1990 cited in Harper-Jaques & Reimer, 2001) ผลการศึกษาของ The United Nations Children's Fund (UNICEF) ในปี ค.ศ. 2000 พบว่าผู้หญิงได้มีการต่อต้านอย่างรุนแรงในการยอมรับของสังคมในพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ชายแสดงออก ในอดีตที่ผ่านมา 10 ปี การต่อต้านครั้งนี้ทำให้สังคมยอมรับว่าผู้หญิงและผู้ชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน (Harper-Jaques & Reimer, 2001)

Bandura (1997 cited in Jaques & Reimer, 2001) ยังได้กล่าวว่าพฤติกรรมรุนแรงเกิดภายใต้การควบคุม ซึ่งเกิดจากการสังเกตรูปแบบ เช่นในเด็กที่มองเห็นภาพที่ผู้ปกครองแสดงความโกรธ โดยการทุตีคนอื่น การเรียนรู้ พฤติกรรมรุนแรงจะเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงเมื่อบุคคลรู้สึกโกรธจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง และเมื่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงทำให้บุคคลได้รับรางวัล จะยิ่งส่งเสริมให้บุคคลแสดงความรุนแรง เขาได้ศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและเด็ก โดยพบว่าเด็กจะเรียนรู้ว่าการแสดงความโกรธและพฤติกรรมรุนแรง จะช่วยให้เขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการจากมารดาของเขา เด็กจะสังเกตพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัวและในสังคมของเขา

Harris & Morrison (1995 cited in Jaques & Reimer, 2001) ได้ศึกษาถึงลักษณะ การสร้างสัมพันธ์ภาพรายบุคคลกับพฤติกรรมรุนแรง พบว่าหากบุคคลมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ชอบได้เพียง หรือชอบใช้อำนาจ จะมีโอกาสเสี่ยงในการแสดงพฤติกรรมรุนแรง และสัมพันธ์กับประวัติพฤติกรรมรุนแรง การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ระยะเวลาในการอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล และลักษณะการสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็นสาเหตุเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนั้น รูปแบบของการแสดงพฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ ในรูปแบบที่แสดงออกถึงความตั้งใจ เช่น เมื่อพ่อ แม่ ตีกันลูกเพื่อเป็นการลงโทษด้วยความโกรธ นอกจากนั้น Moreno (1959 cited in Harris & Rawlins, 1993) เชื่อว่าความโกรธเป็นผลผลิตจากกระบวนการธรรมชาติในการเรียนรู้ เป็นสัญญาณว่าบุคคลต้องการเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างที่เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ และความโกรธ ที่ยังไม่เพียงพอ เขาเชื่อว่าความโกรธเป็นพลังที่เกิดขึ้นเองเพื่อผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ซึ่งทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่หลากหลายในการที่จะแสดงอารมณ์โกรธของตนเอง โดยการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่เพียงพอต่อความต้องการ การแสดงความโกรธที่เป็นอิสระจะทำให้บุคคลบรรลุถึงความรัก และเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ นอกจากนี้การใช้สื่อทางสังคมก็เป็น

สาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลได้รับอิทธิพลของความรุนแรง เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์หรือวิดีโอเกม ซึ่งสื่อเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่ปฏิบัติตามเจตนาและไม่เจตนา ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกนั้น กระทบต่อตนเองและผู้อื่น (Johnson, 1997 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542)

นอกจากนี้สาเหตุการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช เกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ อย่างไรก็ตามได้มีผู้บ่งบอกถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ในหอผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

2.2.4 สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง

2.2.4.1 สาเหตุจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาทชนิดต่างๆ (Psychoactive substance induced organic mental disorder) สารต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการโรคจิตได้ เช่น ยาบ้า (Amphetamine) พืชจากยาแอมเฟตามีน ผู้ที่ใช้สารนี้ขนาดสูงเป็นเวลานาน อาจเกิดอาการทางจิตเนื่องจากแอมเฟตามีนได้ ผู้ป่วยจะมีอาการพลุ่งพล่านพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยในระยะถอนสุราจะมีพฤติกรรมรุนแรงและโดยทั่วไปบุคคลที่ดื่มสุราจะเป็นผู้ที่ต่อสู้กับความเครียดด้วยการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง พืชจากการขาดยาบาร์บิทูเรต (Barbiturates) ผู้ป่วยติดยาและหยุดยากระทันหัน หรือผู้ป่วยที่รับประทานยาเกินขนาด จะมีอาการกระวนกระวาย พลุ่งพล่าน อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ (วาสนา แฉล้มเขตร .2544; Lanza, 1988 cited in Duxbury, 2002) นอกจากนี้ Powell et al. (1994 cited in Duxbury, 2002) พบว่าการใช้สารเสพติด และการดื่มสุรา เป็นสาเหตุ 1 ใน 15 สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

2.2.4.2 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าประชากรทั่ว ๆ ไป (Howells, 1982 cited in Barnes, 1992; Link & Stueve, 1995 cited in Duxbury, 2002) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด และหวาดระแวง ซึ่งจะทำให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ขาดแรงจูงใจในการควบคุมตนเอง มีโอกาสแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ถึงร้อยละ 60.8 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง คิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น (Chou et al., 2002) ส่วนผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนจะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวได้สูง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงและซึมเศร้าสลับกัน เช่น มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต พุดมาก การเคลื่อนไหวมาก มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายขวนทะเลาะ มีพฤติกรรมที่วุ่นวายרבวอน อาจทำอันตรายผู้อื่น และผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าอาจทำอันตรายตนเองได้ (Cardiff, 1999 cited in Chou et al., 2002; Swanson et al., 1990 cited in Littrell, 1998; Lion et al., 1981 cited in Duxbury, 2002)

2.2.4.3 สาเหตุจากบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเองพบว่า เพศและเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายร่างกาย และพฤติกรรมรุนแรงด้วยการคุกคามให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว โดยเพศชายจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งสองพฤติกรรมมากกว่าเพศหญิง และชนชาติผิวขาวจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงสูงสุดร้อยละ 58 ส่วนคนเชื้อชาติเอเชีย/แปซิฟิกเป็นส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มที่มีอายุ 20-30 ปี เพศชายจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 66.5 มากกว่าเพศหญิงที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 33.5 และพฤติกรรมรุนแรงที่

ผู้ป่วยเพศหญิงมักแสดงออกคือการใช้คำพูด และยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77 ที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะเคยมีประวัติการแสดงพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน (Rossi, 1986; Chou et al., 2002)

2.2.5 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วย

2.2.5.1 ด้านบุคลากร จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ การแสดงความหึงเหินของพยาบาลต่อผู้ป่วย หรือเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าพยาบาลแสดงความไม่เป็นมิตรห่างเหินกับตนเอง (Jones, 1985 cited in Chou et al., 2002) ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย พบว่าพยาบาลจะมีความรู้สึกขัดแย้งกับผู้ป่วย ประเด็นของความขัดแย้งคือการที่รับผู้ป่วยไว้รักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม พยาบาลใช้กฎข้อบังคับผู้ป่วยมาก ไม่ให้อิสระแก่ผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ไม่ให้ผู้ป่วยกลับบ้านและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การให้ยา การผูกมัดร่างกายผู้ป่วย ชักถามผู้ป่วยมากเกินไป จัดจังหวะขณะผู้ป่วยกำลังพูดคุยอยู่ ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาที่นัดกับผู้ป่วย แสดงท่าทางขี้ขลาด ถ้อยเสียใจโดยเจตนาหรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย ตลอดจนพยาบาลขาดทักษะ ในการควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลจะใช้อำนาจหรือความรุนแรงกับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยบุคลากรทางการพยาบาลจะปฏิบัติการด้วยความรุนแรง เป็นการแสดงให้เห็นว่าเป็นการลงโทษผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหรือวงจรที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออก (Burrow, 1994; Finnema et al., 1994; Sheridan et al., 1990 อ้างถึงในกษพงศ์ สารการ, 2542; Lanza et al., 1996 ; Blair & New, 1991 cited in Chou et al., 2002)

นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมก่อนปี ค.ศ.2000 พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรที่สัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ในผู้ป่วยจิตเวชคือ ทัศนคติแบบเผด็จการ และการแสดงออกของการมีอำนาจเหนือผู้ป่วยโดยทัศนคติที่พยาบาลแสดงออกคือ การแสดงอำนาจเหนือกว่า การไม่มีประสิทธิภาพ การทารุณโหดร้ายไร้ความปราณี การแสดงความเกรี้ยวกราดรุนแรง การเข้มงวดและหยาบคาย (Edwards & Reid, 1983 cited in Collins, 1994; Hodgkinson, 1980 ;Brailsford & Stevenson, 1973 cited in Barnes, 1992) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rice et al. (1989 cited in Collins, 1994) ที่พบว่าพยาบาลที่มีทัศนคติแบบเผด็จการ จะใช้วิธีการควบคุมผู้ป่วยด้วยความรู้สึกรังเกียจหรือการลงโทษ ได้มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้พยาบาล มีพฤติกรรมและทัศนคติที่เป็นลบต่อการปฏิบัติงาน อาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้นำและการทำงานบ่อยๆ จะทำให้พยาบาลต้องมีการะงานเพิ่มมากขึ้น ในการที่จะพยายามควบคุมการทำงานให้ประสบความสำเร็จ พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจในการให้พยาบาลได้อย่างอิสระ ต้องพึ่งพาบุคลากรที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้มีอำนาจในการจัดการทางการพยาบาลน้อย และยังพบว่าความขาดแรงจูงใจในการทำงานจากพยาบาลระดับอาวุโส การขาดนโยบายในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนของหอผู้ป่วย ตลอดจนการขาดการยกย่องผลการปฏิบัติงาน เป็นส่วนหนึ่งของการแสดงพฤติกรรมและทัศนคติของพยาบาล ทัศนคติที่เป็นไปในทางลบของพยาบาล จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่

ทำให้พยาบาลเกิดอาการหมดแรง ในการที่จะทำงานต่อไป (Milne,1985;Morrison,1990; Goody et al., 1990 cited in Collins, 1994)

จากการรวบรวมสาเหตุและปัจจัยด้านบุคลากรดังกล่าว สรุปได้ว่าทัศนคติที่เป็นลบของบุคลากร ตลอดจนการขาดความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวช เพราะฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย และวิธีการป้องกัน จัดการกับพฤติกรรม ก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนให้กำลังใจ

2.2.5.2 สาเหตุและปัจจัยที่เกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมภายใน โรงพยาบาล ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผู้สนใจศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้ (Kho et al., 1988; Lanza et al., 1994; Burrow , 1994; Beasley et al., 1995; Barnett, 2002; Sandra, 2002; Chou et al., 2002; Chan, Lu, Tseng & Chous, 2003; ดวงตา กุศลรัตนญาณ, 2541; มาโนช ห่อตระกูล, 2543)

2.2.5.2.1 สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเปลี่ยนแปลงสถานที่และไม่ได้ รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจาก ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในแผนการรักษา มีกฎเกณฑ์และกิจกรรมเดิมๆไม่มีการวางแผนการดำเนินงาน ได้มี ข้อเสนอแนะว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจะเกิดเพียงเล็กน้อยหากว่ามีโครงสร้าง กำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ ร่วมปฏิบัติ เช่น กลุ่มอาชีพะบำบัด และกลุ่มอุตสาหกรรมบำบัด (Katz & Kirkland, 1990 cited in Chou et al., 2002)

2.2.5.2.2 สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ หอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วย หนาแน่นมากเกินไป อัตรากำลังระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของ โรงพยาบาล การจำกัดผู้ชื้อร่างกายผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก แสดงถึงการรุกรานความเป็น ส่วนตัวของผู้ป่วย ไม่ได้ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้ได้รับความสนใจจากบุคลากร ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม รุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออก และเป็นปัจจัยกระตุ้นที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงได้ ลักษณะ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเกิดในเวลากลางวันร้อยละ 44.6 และเวลาเย็นร้อยละ 46.7 ซึ่งเป็นเวลาที่มีภาระงานมากในการดูแลผู้ป่วย จะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทำความสะอาดร่างกายตนเอง เช่น การกระตุ้นผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน และส่วนใหญ่จะเกิดในวันหยุดราชการซึ่งพบว่า อุบัติการณ์จะเกิดเป็นสองเท่า เนื่องจากมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ และจากการศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยมัก แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่าจะเป็นเวลาที่พยาบาลมีการผลัดเปลี่ยนเวร (Vanderslott ,1998; Chou et al., 2002)

2.2.5.2.3 สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพในสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วยจะต้องอยู่ในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน นอกจากนี้กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาล แต่ถูกบังคับให้อยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นความต้องการของญาติ หรือความคิดเห็นของแพทย์ ที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

2.2.5.2.4 สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคลากร ได้แก่ จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (Bridges et al., 1994; Chou et al., 2002; Negley & Manley, 1990 cited in Chou et al., 2002) อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย ขัดจังหวะขณะผู้ป่วยกำลังพูดคุยอยู่ ซักถามผู้ป่วยมากเกินไป ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาที่นัดกับผู้ป่วย แสดงท่าทางขี้ขลาด ล้อเลียนโดยเจตนาหรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้

สรุป สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุเริ่มตั้งแต่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย เจ็บป่วยทางจิตเวช บุคลิกลักษณะส่วนตัว พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และปัจจัยด้านบุคลากรทางการพยาบาล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ในเรื่องทัศนคติด้านลบของบุคลากรกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และทักษะในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การแสดงอำนาจเหนือกว่า รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย อัตราการถึงที่ไม่เพียงพอ ระยะเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ ความหนาแน่นของผู้ป่วยมากเกินไป สภาพโครงสร้าง กฎระเบียบที่ไม่เอื้อหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

2.3 วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

หากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจ ในวงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะสามารถเข้าใจกระบวนการ การเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในแต่ละระยะและสามารถให้การช่วยเหลือป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งมีผู้ศึกษาวงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้ดังนี้

Videbeck (2001 cited in Keltner, Schreck & Bostrom, 1999) และ ชีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ได้เสนอแนวคิดวงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 มีสิ่งกระตุ้น (Triggering) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโกรธ กระสับกระส่าย วิตกกังวลไวต่อสิ่งที่กระตุ้น กล้ามเนื้อตึงตัวหายใจเร็วเหงื่อออกมากพูดเสียงดัง โกรธ

ระยะที่ 2 การก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Escalation period) ผู้ป่วยจะแสดง การเคลื่อนไหวมากขึ้น ขาดการควบคุมตนเองใบหน้าซีดขาวหรือแดงช้ำ ตะโกน พูดคำหยาบกำหัดแน่น ทำทาง คูกคาม ไม่เป็นมิตร สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาลงผิด

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤต (Crisis) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้จะ แสดงออกทางอารมณ์ ขว้างปาสิ่งของ เตะ ตี ถ่มน้ำลาย กัด ข่วน กรีดร้องเสียงแหลมและทางร่างกายไม่สามารถ สื่อสารได้ชัดเจน

ระยะที่ 4 ระยะคืนสู่ปกติ (Recovery) ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และการ แสดงออกทางร่างกายได้ปกติเสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุคคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย

ระยะที่ 5 หลังจากระยะเวลาวิกฤตผ่านไปแล้ว (Post crisis) ผู้ป่วยจะพยายาม ประนีประนอม และกลับมาทำงานได้อย่างปกติเหมือนเดิม รู้สึกผิดในสิ่งที่กระทำ กล่าวขอโทษ แยกตัวเอง

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

รัชชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ และคณะ (2543) ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว สำหรับการ ดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งแปลมาจาก The Overt Aggression Scale for Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Yudofsky et al., (1986) มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ Overt Aggression Scale : OAS ซึ่งประกอบด้วย ความ ก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวทางร่างกายต่อวัตถุสิ่งของ ก้าวร้าวทางร่างกายต่อตนเอง และก้าวร้าวทางร่างกายต่อ ผู้อื่น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่ เกิดจากการผูกมัด และลดอุบัติการณ์ที่เกิดจากผู้ป่วยก้าวร้าว กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวช ขึ้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย การตั้งทีมของสหวิชาชีพร่วมกัน โดยการประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุ จัดทำ คู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่จัดทำขึ้น ประเมินผลและ ปรับปรุงผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรมและญาติมีความพึง พอใจ Chou et al. (2002) ได้ใช้แบบประเมิน OAS ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จู่โจมในหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 855 ราย เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 4 แห่ง ผล การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจู่โจมทำร้ายร่างกายมากที่สุด จากการใช้แบบประเมิน OAS พบว่าผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายคนอื่น 473 รายคิดเป็นร้อยละ 55.3 พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ 206 ราย คิด เป็นร้อยละ 24.1 พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด 176 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.6 ผู้ป่วยจิตเวชชายจะแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าวมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิง แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูดมากกว่าผู้ป่วย จิตเวชชาย

ซึ่งแบบประเมิน Overt Aggression Scale ฉบับแปลภาษาไทยของรัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) ได้เพิ่มการกำกับระดับความรุนแรงเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในทางปฏิบัติ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง อาการสงบ

ระดับ 1 หมายถึง อารมณ์หงุดหงิด เริ่มส่งเสียงดัง ปิดประตูเสียงดังทิ้งสิ่งของกระจัดกระจาย แต่ยังฟังคำเตือน แล้วสงบลงได้

ระดับ 2 หมายถึง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ คำคำหยาบ คุกคาม ขว้างปาสิ่งของ ตะเก้า ทุบโต๊ะเก้าอี้ตัวเอง ดึงผม ข่วน ทำท่าด้อยลง ชูจับเสื้อผ้า มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน

ระดับ 3 หมายถึง การชู่จะฆ่าทุบกระชก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว – จาน กรีดแขนตนเอง รอยขีด ถัดจนเลือดออก เกิดการบาดเจ็บ ข้างวมเป็นแผลลึก ข้างใน ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีอาวุธ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม

การแสดงออก	รุนแรงระดับ 1	รุนแรงระดับ 2	รุนแรงระดับ 3
คำพูด	หงุดหงิด ใช้น้ำเสียงดัง	คำคำหยาบ คุกคาม	ชู่จะฆ่า
ทำลายสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง ทิ้ง สิ่งของกระจัดกระจาย	ขว้างปาสิ่งของ ตะเก้า ทุบโต๊ะเก้าอี้	ทุบกระชก จุดไฟเผา ขว้างแก้ว – จาน
ทำร้ายร่างกาย	–	ตีตนเอง ดึงผม ข่วน	กรีดแขนตนเอง รอย ขีด ถัดจนเลือดออก
ทำร้ายคนอื่น	–	ทำท่าด้อยลง ชู จับ เสื้อผ้า	เกิดการบาดเจ็บ ข้าง วมเป็นแผลลึก ข้างใน

(รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ, 2543)

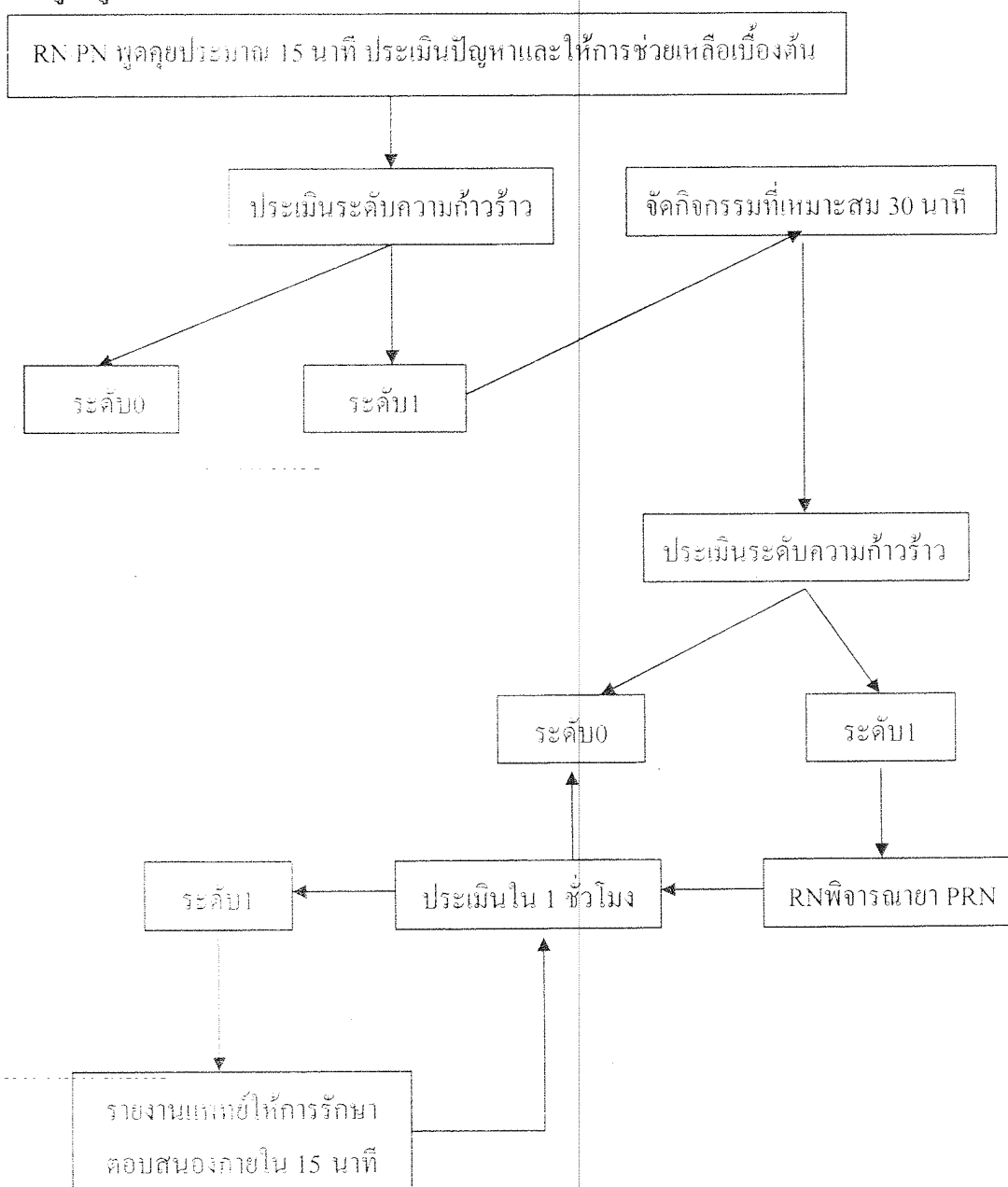
รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) ได้รูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับต่างๆ ตามแบบประเมิน OAS ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 1

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลจะใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 15 นาที ประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ แต่ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 ให้จัดกิจกรรมที่เหมาะสม 30 นาทีแล้วประเมินระดับความก้าวร้าว ประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ ถ้าประเมิน

ได้ ระดับ 1 พยาบาลวิชาชีพพิจารณาติดตามความจำเป็นและเฝ้าระวังสังเกตอาการ ประเมินซ้ำใน 1 ชั่วโมง ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 รายงานแพทย์ให้การรักษ แพทย์ตอบสนองภายใน 15 นาที และให้พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ประเมินใน 1 ชั่วโมง ดังในภาพที่ 1

การดูแลผู้ป่วยก้ำวร้ายระดับ 1

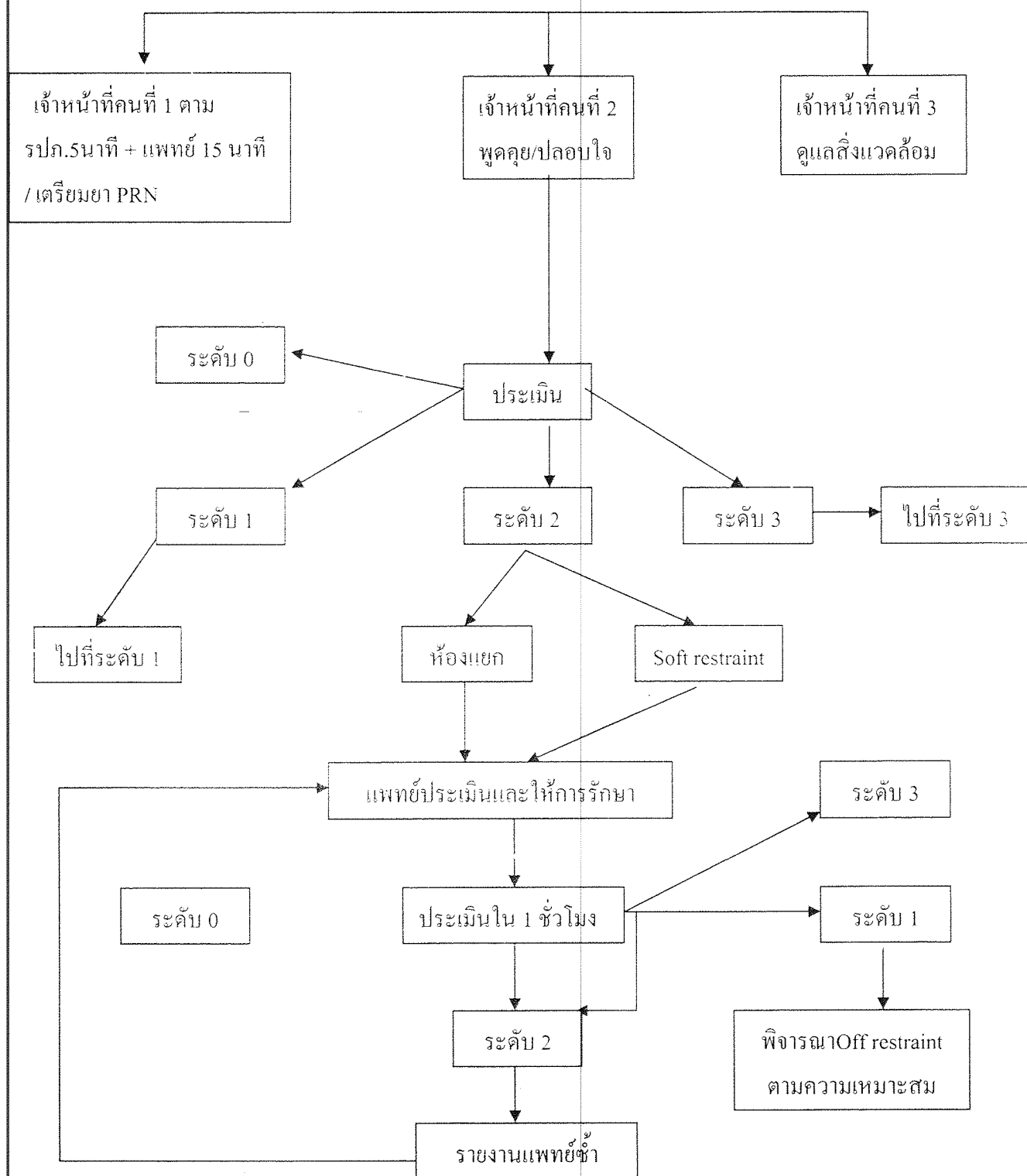


ภาพที่1 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้ำวร้ายระดับที่ 1(วิชัชย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

การดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 2

ในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 2 เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมต้องเตรียมทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตามหน่วยรักษาความปลอดภัยภายใน 5 นาที และตามแพทย์ภายใน 15 นาทีพร้อมทั้งเตรียมยาฉีดตามความจำเป็น เจ้าหน้าที่คนที่ 2 จะใช้เวลาในการพูดคุยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหาความรู้สึกพร้อมทั้งประเมินระดับความรุนแรงตามแบบประเมิน OAS เจ้าหน้าที่คนที่ 3 ดูแลสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ประเมินระดับความก้าวร้าวและรุนแรง ประเมินได้ระดับ 0 ให้สังเกตอยู่ห่างๆ แต่ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 ให้การดูแลตามระดับ 1 ถ้าอาการไม่สงบมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเมินได้ ระดับ 2 พยาบาลวิชาชีพพิจารณาใช้ห้องแยกหรือพิจารณาผูกยึด แพทย์ประเมินและให้การรักษาและประเมินซ้ำใน 1 ชั่วโมง ถ้าประเมินได้ ระดับ 1 พิจารณากเลิกการจำกัดพฤติกรรมตามความเหมาะสม และจัดกิจกรรม ถ้าประเมินได้ระดับ 2 รายงานแพทย์ซ้ำ แพทย์ประเมินและให้การรักษา ประเมินใน 1 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่สงบมีพฤติกรรมความก้าวร้าวและรุนแรงเพิ่มขึ้นจนถึงระดับ 3 ให้การดูแลตามระดับ 3 ดังในภาพที่ 2

การดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 2

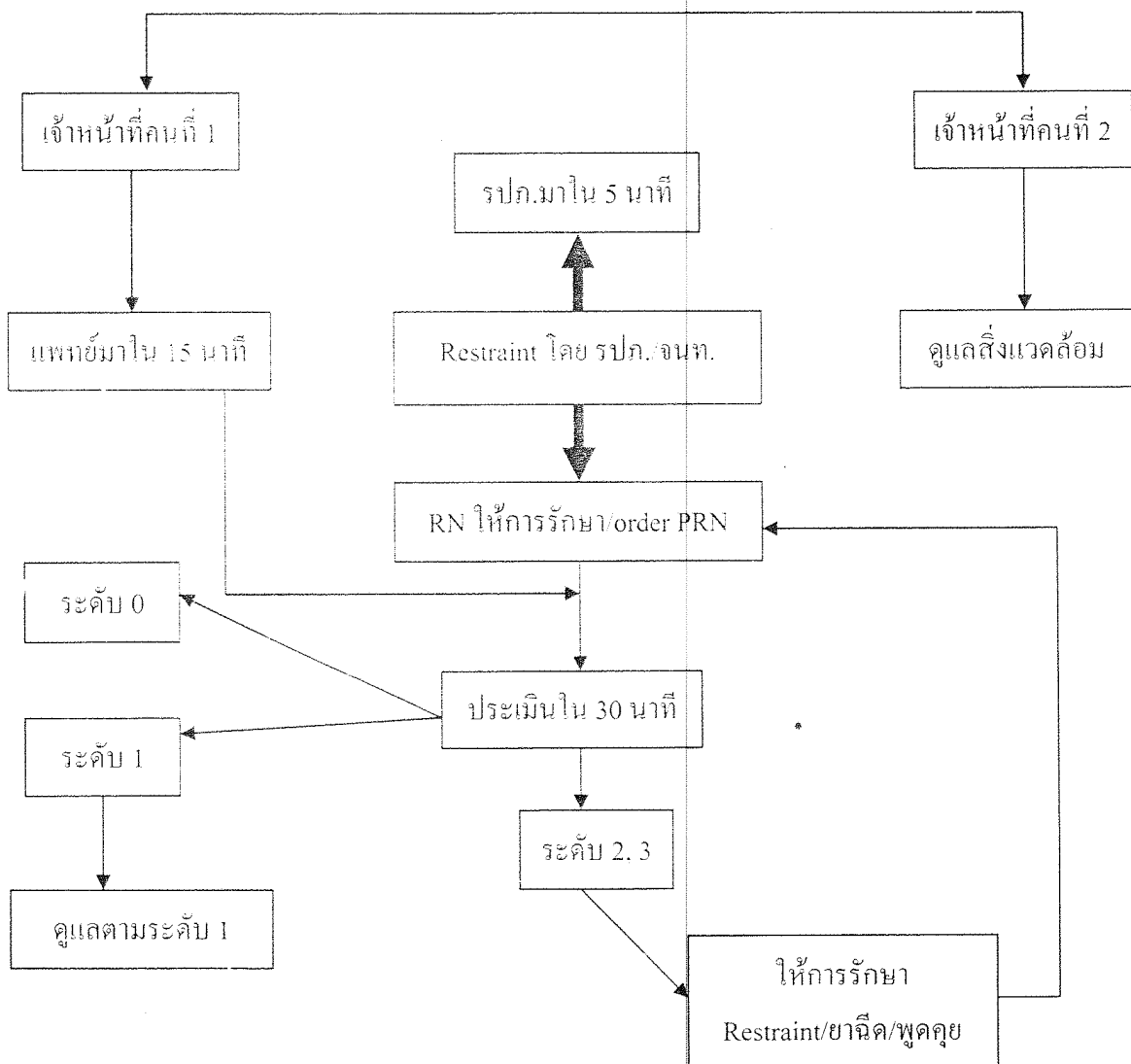


ภาพที่ 2 การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวระดับที่ 2 (วัชรชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

การดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 3

เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมต้องเตรียมทีมและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้เจ้าหน้าที่คนที่ 1 ตามหน่วยรักษาความปลอดภัยภายใน 5 นาที และตามแพทย์ภายใน 15 นาที เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ดูแลสิ่งแวดล้อม หน่วยรักษาความปลอดภัยพร้อมเจ้าหน้าที่จำกัดพฤติกรรม พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมให้การรักษาคำสั่งการรักษาของแพทย์ จัดตามความจำเป็น แพทย์ประเมินใน 30 นาที ให้การดูแลตามระดับความรุนแรง ระดับ 1 ให้การดูแลตามระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ให้การรักษา ผูกมัด ให้ยา จัดตามความจำเป็น พยายามให้ระบายความรู้สึกและประเมินซ้ำใน 30 นาที หากความก้าวร้าวและรุนแรงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและการรักษาที่ให้ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ ให้พิจารณา Refer เป็นกรณีไปดังในภาพที่ 3

การดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวระดับ 3



ภาพที่ 3 การดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยก้าวร้าวระดับที่ 3 (รัชชัย ฤกษ์ณะประกกรกิจ และคณะ, 2543)

แบบประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ชื่อ..... H.N..... วันที่.....

ให้ระบุพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีดังต่อไปนี้

ก้าวร้าวทางคำพูด

-ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ (1)
-ตะโกนคำผู้อื่น ถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น *ไอ้โง่*(1)
-คำคำหยาบคาย รุนแรง คำสกปรก (1)
-พูดข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น “ฉันจะฆ่าแก” (3)

ก้าวร้าวทางร่างกายต่อตนเอง

-ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม (ไม่
-บาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย) (2)
-โยกศีรษะ ค่อยดึงของ (2)
-กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก หรือให้
-เจ้าหน้าที่ควบคุมตนเองไว้ (2)
-ทำร้ายตนเองรุนแรง รอยกรีดลึก
-เลือดออกบาดเจ็บภายใน กระดูกหัก
-หมดสติ ฟื้นช้า (3)

ก้าวร้าวทางกายต่อวัตถุสิ่งของ

-ปิดประตูเสียงดัง ทำเสื้อผ้าข้าวของกระฉาย (1)
-ขว้างสิ่งของ เศษเฟอร์นิเจอร์ รุกำแพง (2)
-ทำสิ่งของแตกกระฉาย เช่น รุกกระจก (3)
-จุดไฟเผา ขว้างของที่อันตราย (3)

ก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น

-ทำท่าทางคุกคาม ทำท่าคอยลม จับเสื้อผ้า (2)
-ทุ้งชน ตะแถก ดึงผม ไม่บาดเจ็บ (2)
-ทำร้ายผู้อื่น เกิดบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปาน
-กลาง (เข้า เลือด บวม)(3)
-ทำร้ายผู้อื่น เกิดการบาดเจ็บรุนแรง
-(กระดูกหัก บาดแผลลึกบาดเจ็บภายใน)(3)

1. เวลาที่เกิดเหตุการณ์..... (ชม./ นาที)

2. เวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้แก้ไข..... (ชม./ นาที)

.....ไม่ทำอะไร

.....ใช้การผูกมัด

.....พูดคุยกับผู้ป่วย

.....ให้การรักษาหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วย

.....ให้ยาฉีดทันที

.....ให้การรักษาหรือการบาดเจ็บของผู้อื่นทันที

.....เฝ้าสังเกตใกล้ชิด

.....จับตัวผู้ป่วยไว้

.....แยกผู้ป่วยไว้ชั่วคราว

.....เข้าห้องแยก

3 เวลาสิ้นสุดเหตุการณ์..... (ชม./ นาที)

เหตุกระตุ้น.....

หมายเหตุอื่นๆ.....

พยาบาลวิชาชีพ.....วัน เดือน ปี.....

แบบประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS, รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจและคณะ, 2543)

I
แบบประเมินความเสี่ยงการจู่โจมและการกระทำรุนแรง (Hamolia, 2005)

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

ปัจจัยสำคัญ	เสี่ยงสูง = 2	เสี่ยงปานกลาง = 1	ไม่เสี่ยง = 0
ประวัติการกระทำที่รุนแรง	กระทำรุนแรงจนได้รับบาดเจ็บขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีการจู่โจมจนบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล	ทำลายทรัพย์สินแต่ไม่มีการบาดเจ็บ มีการจู่โจมนอกโรงพยาบาลจนได้รับบาดเจ็บ/มีการจู่โจมหลายครั้งนอกโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	มีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อใช้สุรา/ยาเสพติด/ทำลายทรัพย์สินนอกโรงพยาบาล
ประวัติความก้าวร้าวเมื่อริ้วา	คุกคามทางคำร่างกายขณะส่งต่อ รับไว้รักษา	คุกคามทางคำร่างกายขณะส่งต่อ รับไว้รักษา	ไม่มีการคุกคามขณะส่งต่อ/รับไว้รักษา
ประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว	ถูกกระทำทารุณทางคำร่างกาย ทางเพศ	มีร่องรอยถูกกระทำทารุณทางคำร่างกายหรือทางเพศ	มีหลักฐานการถูกกระทำทารุณทางคำร่างกาย/ไม่มีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว
ใช้สารเสพติด	ภาวะเป็นพิษจากสุรา/ยาเสพติด อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสุรา ยาเสพติด	มีอาการถอนพิษจากสุรา/ยาเสพติด	เคยได้รับการบำบัดฟื้นฟู/ไม่มีประวัติใช้สุรายาเสพติด/มีประวัติเมามากกว่า 3 เดือนที่ผ่านมาใช้สุรายาเสพติดไม่ได้รับการบำบัด
หวาดระแวงไม่เป็นมิตร	หวาดระแวง ไม่เป็นมิตร ค่อนข้างกลัวไปในพื้นที่แวดล้อม	หวาดระแวง ไม่เป็นมิตร ค่อนข้างกลัวไปทั่วทั้งพื้นที่	ไม่หวาดระแวง/เป็นมิตร
อารมณ์หุนหันพลันแล่น	มีการกระทำที่หุนหันพลันแล่น	คำพูดที่หุนหันพลันแล่น มีประวัติการกระทำที่หุนหันพลันแล่น	ไม่มีการกระทำที่หุนหันพลันแล่นที่เด่นชัด
กระวนกระวาย	มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายอยู่ตลอดเวลา	มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายอยู่เป็นพักๆ	ไม่มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่เด่นชัด
การรู้สึกตัว	สับสนไม่รู้วันเวลาสถานที่ ความจำเสื่อม	รู้วันเวลาสถานที่ หลงลืม	รู้วันเวลาสถานที่ ความจำปกติ

แปลผลคะแนน 9 หรือมากกว่า = มีความเสี่ยงสูงในการป้องกัน

3-8 = มีความเสี่ยงในการป้องกันปานกลาง

0-2 = ไม่มีการป้องกัน

คะแนนรวม.....

ประเมินโดย.....

วันที่.....

เวลา.....

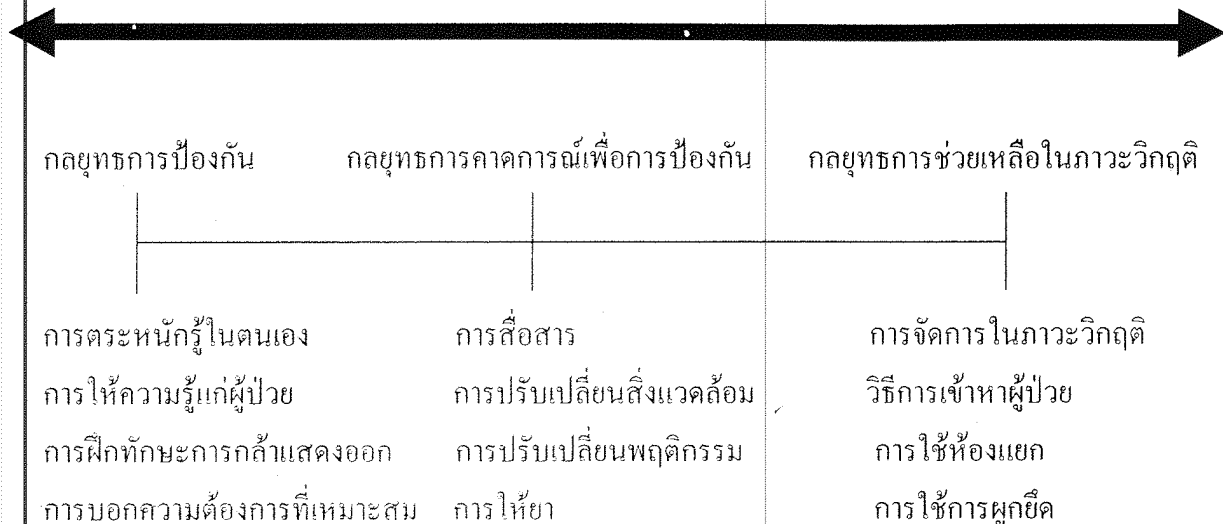
สรุป แนวทางในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวของ ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) เป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรง และใช้แบบประเมิน Overt aggression scale ฉบับภาษาไทยเป็นแนวทางในการแบบประเมิน ข้อดีคือมีการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่แบ่งเป็นระดับไว้ชัดเจน ครอบคลุมลักษณะของพฤติกรรมของผู้ป่วย และใช้แบบประเมินพฤติกรรม (OAS) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการศึกษาวิจัย ทั้งความตรงและความเที่ยงสามารถนำไปใช้ได้ การปฏิบัติการดูแลให้ตามระดับของความรุนแรง ซึ่งตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ข้อดีของการให้การดูแลรักษาต้องมีทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะและกิจกรรมการพยาบาลไม่ชัดเจน เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล การใช้ยาจิตที่มีฤทธิ์สงบประสาท เพื่อให้ผู้ป่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

การป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

แนวทางการป้องกันและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงนั้น ขึ้นอยู่กับโครงสร้างและหลักปฏิบัติภายในหอผู้ป่วย ตลอดจนความสามารถของบุคลากรในการประเมิน อาการพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกก็มีความสำคัญ สำหรับบุคลากรที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถทำนายความเสี่ยงการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น ให้การดูแลป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้น และการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสม (Finnema et al., 1994) ในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่ทำการศึกษาแนวทางการจัดการ การป้องกันและการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าว (Preventing and Managing Aggressive Behavior) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงดังนี้

Hamolia (2005) ได้บอกถึงการพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี โดยอาจเริ่มจากการใช้ 1) กลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว (Preventive strategies) เช่น การสอนให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง (Self-awareness) สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการฝึกทักษะการกล้าแสดงออกและทักษะการบอกความต้องการที่เหมาะสม (Assertive training) 2) กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory) เช่น การสื่อสาร ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา 3) กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ (Containment strategies) เช่นการจัดการกับภาวะวิกฤติ การใช้ห้องแยกและการผูกมัด ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ภาพที่ 1 ภาพแสดงความสัมพันธ์ความต่อเนื่อง ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวคิดของ Hamolia (2005)

Hamolia (2005) ได้อธิบายถึงการพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธีโดยเริ่มตั้งแต่การป้องกัน ดังนี้

1 กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) ได้แก่

1.1 การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) Hamolia (2005) ได้อธิบายว่าการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล เป็นวิธีการที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับพยาบาล คือ ความสามารถในการใช้ความเป็นตัวของตนเองในการช่วยเหลือผู้อื่น หากพยาบาลมีการการตระหนักรู้ในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้เหมาะสม หากตระหนักในความเครียดของตนเอง จะมีผลต่อความสามารถในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ถ้าพยาบาลมีความรำคาญ วิตกกังวล โกรธ หรือเฉยเมย ก็จะทำให้มีความยุ่งยาก กังวลใจและกลัวผู้ป่วย จะส่งผลถึงผู้ป่วยทั้งในทางบวกและทางลบ ในด้านการแสดงออกอารมณ์ ลักษณะท่าทาง พฤติกรรมผู้ป่วย ผลทางลบจะทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อการบำบัด แต่ถ้าพยาบาลมีการตระหนักรู้ในตนเองตลอดเวลา ก็จะทำให้มีความมั่นใจในการที่จะดูแลปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การสร้างการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล (Self awareness) ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช การระลึกรู้ตนเองทั้งความคิด เจตคติ การกระทำ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจปฏิกิริยาของตนเองที่มีต่อผู้อื่น และเข้าใจพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงตอบ พยาบาลต้องระลึกรู้ตนเอง ดังนี้ (Iveson, 1985 อ้างถึงใน เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2538)

1.1.1 พฤติกรรมของตนเองที่แสดงออก และทราบถึงพฤติกรรมของตนเองที่มีผลกระทบต่อคนอื่น

1.1.2 ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อคนอื่น และความรู้สึกของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ

1.1.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลในการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในปัจจุบัน
ของตน รวมทั้ง การรับรู้ ประสบการณ์ และสัมพันธภาพในอดีต

1.1.4 ความต้องการ และความปรารถนาของตัวเอง

1.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient education) การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการสื่อสารและการแสดงออกของความโกรธ ที่เหมาะสมตามแนวคิดของ Hamolia (2005) ได้อธิบาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความยากลำบากในการแยกความรู้สึก ความต้องการหรือความปรารถนา และมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสารความรู้สึกความต้องการหรือความปรารถนาเหล่านี้กับคนอื่น ดังนั้นการสอนเรื่องทักษะการจัดการกับความโกรธเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavio (1999) ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยให้ฝึกการใช้การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกโกรธได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นการสอนทักษะในการจัดการกับอารมณ์โกรธเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือทางการพยาบาล (Thomas, 2001; Chan et al., 2003; Stuart & Laraia, 2001; Stuart & Laraia, 2005) และ Hamolia (2005) ได้เสนอแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมีความโกรธดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แผนการสอนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Hamolia, 2005)

เนื้อหา	กิจกรรม	การประเมินผล
1.การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	-ตั้ง حدพฤติกรรม ทำทาง การฝึก บทบาทสมมติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การแสดงออก	-ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งสีหน้าท่าทาง
2.ให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	-อธิบายถึงสถานการณ์ที่บ่งบอก ว่าความรู้สึกดังกล่าวเป็นเรื่อง ปกติ	-ผู้ป่วยอธิบายถึง สถานการณ์ที่ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ที่จะแสดง ความโกรธ
3.ฝึกการแสดงอารมณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	-ฝึกการแสดงบทบาทสมมติ ถึง สถานการณ์ที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยที่จะแสดงอารมณ์ อารมณ์โกรธ เช่น	-ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในการแสดง บทบาทสมมติ สามารถบอกได้ถึง พฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อเขามีความ โกรธ

เนื้อหา	กิจกรรม	การประเมินผล
4. นำพฤติกรรม การตอบ สนองที่เหมาะสมไปใช้ใน สถานการณ์จริง	- ผู้ป่วยสามารถบอกสถานการณ์ จริงที่ทำให้รู้สึกโกรธ - ฝึกการแสดงบทบาทสมมติ เกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้ โกรธ - ให้เสริมทางบวกถ้าผู้ป่วย สามารถแสดงอารมณ์และ พฤติกรรมได้เหมาะสม	- ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึง สถานการณ์จริงที่ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมก้าวร้าว - ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติ เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมที่ เหมาะสมได้
5. ค้นหาทางเลือกใหม่ในการ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว	- เขียนวิธีการแสดงความโกรธที่ เหมาะสม - แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับ พฤติกรรมทางเลือก - อภิปรายถึงสถานการณ์ที่จะนำ พฤติกรรมทางเลือกไปใช้	- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ ค้นหาทางเลือกและแผนการแสดง พฤติกรรมที่เหมาะสม
6. การนำมาประยุกต์ใช้กับ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน	- ให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยใช้ ทักษะการเผชิญหน้า เมื่ออยู่ใน สถานการณ์ที่จำเป็น - อภิปรายถึงประสบการณ์หลังการ เผชิญหน้าสิ้นสุดลง	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความรู้สึกรู้ และการเผชิญหน้าที่เหมาะสมได้

1.3 การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertive training) Hamolia (2005) ได้อธิบายถึงการฝึกทักษะในการสื่อสาร การสอนทักษะการสื่อสารเพื่อแสดงความคิดเห็นเป็นสิ่งสำคัญในการให้การช่วยเหลือทางการพยาบาล สัมพันธภาพที่ขัดแย้งจะทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเพราะว่าผู้ป่วยไม่มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็นเป็นทักษะพื้นฐาน ประกอบด้วย การสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น การพูดที่เป็นเหตุเป็นผล การพูดเมื่อรู้สึกไม่พอใจ การพูดที่แสดงความชื่นชมที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Tseng (1999) เห็นว่าทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมคือ วิธีที่ถูกต้องและมีประสิทธิผลที่สุด แต่เสนอแนะว่าบุคคลจะแสดงกลับต่อผู้อื่นในท่าทีที่ปกป้องตนเองเพราะขาดการเรียนรู้ และขาดโอกาสในการเลียนแบบในระหว่างกระบวนการเติบโตพัฒนาส่วนบุคคล

2 กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory strategies) ได้แก่

2.1 การวางแผนการสื่อสาร (Communication strategies) เป็นวิธีการที่จะช่วยลดความรุนแรงลงในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เรียกว่าการลดความรุนแรงลงอย่างเป็นขั้นตอน (De-escalation) การพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ทำทีผ่อนคลาย ไม่คุกคามผู้ป่วย การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลจะช่วยลดพฤติกรรมผู้ป่วยที่วุ่นวายได้ ควรใช้น้ำเสียงที่สื่อความมั่นคงทางจิตใจ ควรเรียกชื่อผู้ป่วยและบอกชื่อตนเองทุกครั้งถ้ามีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาก่อน ควรบอกให้ผู้ป่วยรู้ตัวทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล โดยใช้คำพูดสั้นๆ ง่ายๆ และไม่ควรละเลยความรู้สึกผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา แลล้มเชตร (2544) กล่าวว่าความช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้การพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวายายังมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตนเองอย่างรุนแรง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดสื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (วาสนา แลล้มเชตร .2544) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

การลดความรุนแรงลงอย่างเป็นขั้นตอน (De-escalation) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดระดับความรุนแรงอย่างเป็นขั้น โดยใช้ทักษะ ดังต่อไปนี้

2.1.1 การมองในแง่ดีและให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Positive regard and respect) พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย จะยอมรับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลที่เขาเชื่อว่าสามารถพัฒนาได้ แม้ว่าพฤติกรรมในขณะนั้นของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรก็ตาม ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ประการคือ

- 1) การยอมรับว่าบุคคลมีความแตกต่างกัน
- 2) การตระหนักว่าประสบการณ์ของแต่ละคน เป็นกระบวนการซับซ้อนที่ส่งผลต่อ

แรงจูงใจ การคิดและความรู้สึก

พยาบาลจะสามารถมองผู้ป่วยในแง่ดีและเห็นคุณค่าของผู้ป่วยได้โดย

- * มองหน้าผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยพูด หรือแสดงความรู้สึกออกมา
- * มีท่าทางไม่เกร็ง ผ่อนคลาย และแสดงความสนใจเมื่อสนทนากับผู้ป่วย
- * มีท่าทางเป็นธรรมชาติในระหว่างสนทนา
- * ใช้คำพูดที่ไม่เป็นการคุกคามผู้ป่วย (Rogers, 1961; Tyler, 1969; Brammer, 1973 cited

in วัชรวิ ทรัพย์มี, 2533)

พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจในผู้ป่วย ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การสร้างความคุ้นเคยสนิทสนมและสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย จะช่วยลดความกลัวและเอื้อต่อการสื่อสาร พยาบาลต้องพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ต่ำ สงบ และให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วย โดยการเรียกชื่อผู้ป่วย และบอกชื่อของพยาบาล ว่าเป็นใคร อยู่ที่ไหนและรายละเอียดอื่นๆแก่ผู้ป่วย การใช้ระดับเสียงที่ต่ำจะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ ลดความกระวนกระวายใจของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจขาดการรับรู้ข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้น

2.1.2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Therapeutic nurse - client relationship) เป็นกระบวนการที่พยาบาลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ระบายความไม่สบายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการ เรียนรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมซึ่ง เพียร์ดี เปี่ยมมงคล (2538) เสนอหลักปฏิบัติพื้นฐานในการสร้าง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไว้ดังนี้

2.1.2.1) การยอมรับผู้ป่วย (Acceptance) หมายถึงการยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วย แสดงออก ไม่ว่าจะเป็นการกระทำ คำพูด หรือความคิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้นเนื่องจากความเจ็บป่วยทาง จิต โดยพยาบาลจะแสดงการยอมรับด้วยการยื้มทักทายผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วยพูดอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสินพฤติกรรม ผู้ป่วยว่าถูกหรือผิด ไม่ทำโทษผู้ป่วย ต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าในการให้การพยาบาลทุกอย่าง

2.1.2.2) มีความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย (Consistency) ความสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะใช้ในการพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพราะบุคคลทั่วไปเมื่อไปอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยจะเกิด ความรู้สึกกังวลใจ การที่ได้กระทำอันที่มิตรอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย โดยพยาบาลจะ แสดงออกถึงความสม่ำเสมอในการจัดกิจวัตรประจำวันภายในหอผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด และมีกฎระเบียบ ข้อยกเว้นต่างๆ ที่ทุกคนต้องปฏิบัติเช่นเดียวกัน หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยทุกคนต้องรับทราบ พยาบาลต้อง ทักทายผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการนัดหมายในการสนทนากับผู้ป่วย

2.1.2.3) การให้กำลังใจ (Reassurance) คนทุกคนต้องการกำลังใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควร ให้กำลังใจผู้ป่วยในลักษณะที่เหมาะสม ซึ่งเริ่มจากท่าทีของพยาบาลที่มีความอบอุ่นเป็นมิตร และเห็นใจในความ ทุกข์ของผู้ป่วย การบอกผู้ป่วยถึงอาการที่ดีขึ้นที่พยาบาลสังเกตได้ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูล ทางบวก และการให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยถึงความสามารถของตัวเอง รวมทั้งบอกบุคลากรที่ให้การ ช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลมากขึ้น การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยได้ หลักการให้กำลังใจ คือ การให้กำลังใจในสิ่งที่เป็นจริง ไม่ขัดแย้ง หรือเห็นด้วยกับ ความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วยให้กำลังใจในจังหวะที่เหมาะสม การให้กำลังใจอย่างฟุ่มเฟือยจะทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ

2.1.3 การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) หมายถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีจุดหมาย โดยที่พยาบาลจะพยายามทำความเข้าใจ ความรู้สึกอารมณ์ความคิด และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และให้การตอบสนองไปในทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการระบายความรู้สึกของตนเอง และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น (เพียร์ดี เบียมมมงคล, 2538) โดยใช้การสื่อสารพูดคุยและการชี้แนะ (Interaction and Redirection) ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เริ่มจากการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ตนเองที่แสดงออกเชิงเหตุผล เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถมีการรับรู้ที่เหมาะสม พยาบาลจะแนะนำการระบายความรู้สึกออกมา โดยการพูดคุย การออกกำลังกาย การฟังเพลง การดูหนัง การเขียนหนังสือ มีขั้นตอนดังนี้

วิธีปฏิบัติในการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย (Talk to patient)

พยาบาลรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบและสังเกตท่าทางของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความโกรธ ตามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

น้ำเสียงที่พูดกับผู้ป่วย ต้องแสดงความห่วงใย สนใจ และหนักแน่นมั่นคง พูดกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยในขณะนั้น เช่น “ดูเหมือนคุณกำลังโกรธ”

การพูดคุยควรเป็นไปในลักษณะไม่ข่มขู่ พูดซ้ำๆ ชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความรู้สึกของผู้ป่วย

ควรหลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจหรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วยในสิ่งที่พยาบาลไม่แน่ใจว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือการแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาจะถูกลงโทษเนื่องจากการแสดงอารมณ์โกรธ

พยายามพูดในลักษณะแก้ปัญหาคความกลัว และบำบัดอาการของผู้ป่วย เช่น “พยาบาลรู้ว่าคุณข่มใจไม่ให้ทำอะไรรุนแรง คุณพอจะควบคุมได้ไหม”

เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความโกรธแทนการกระทำ

พยาบาลควรแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือแก้ไข โดยถามความเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ เช่น การแยกผู้ป่วยออกจากเหตุการณ์ การเข้าห้องแยก การใช้ยาฉีดหรือยาากิน เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ และรู้สึกว่าเขายังมีศักดิ์ศรี มีหนทางเลือกไม่ใช่ถูกบังคับ (มานิช หล่อตระกูล, 2539; Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542; Kozub & Skidmore, 2001; Videbeck, 2001)

สิ่งที่ควรระวังในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย

- ⊙ ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยตามลำพัง
- ⊙ ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม
- ⊙ ไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยที่มีท่าทีอาละวาด

- ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย ควรยืนทแยง
- ท่าทางของพยาบาลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น
 - ☛ การยืนเท้าใส่เอว ดูเหมือนการวางอำนาจ
 - ☛ การยืนเอามือไขว่ข้างหน้า ดูเหมือนกลัวผู้ป่วย
 - ☛ การยืนเอามือไขว่หลัง ดูเหมือนพยาบาลซ่อนอาวุธ
- กิริยาท่าทางของพยาบาลต้อง ไม่ใช่สายตาดึงผู้ป่วยเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวยิ่งขึ้น
- การพูดคุยกับผู้ป่วยต้องมีทักษะ

การพูดคุยกับผู้ป่วยควรมีท่าทีที่สงบ ใจเย็น ไม่แสดงท่าทีตกใจ หวาดผวา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อถือว่าเราจะช่วยเขาได้ หรืออาจใช้ความรุนแรงเข้าข่มขู่ พูดถึงท่าทีของผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงธรรมดา เช่น “ดูเหมือนตอนนี้คุณจะโกรธมาก” ซึ่งเป็นเสมือนการเตือนให้ผู้ป่วยรู้ตัวถึงท่าทีของเขา หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่คำหยาบหรือขู่อาฆาตโทษโกรธของเขา หลีกเลี่ยงการจ้องตาหรือสบตาตรงๆ เนื่องจากอาจทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าถูกทำร้าย เมื่อผู้ป่วยเริ่มพูดให้แสดงความสนใจต่อสิ่งที่เขาเล่า รับฟัง พยายามเข้าใจความรู้สึกที่มีอยู่ภายในของผู้ป่วยว่าอะไรทำให้เขามีพฤติกรรมเช่นนี้ ไม่ควรขัดจังหวะการพูดของเขาหรือรีบแปลความหมายอธิบายอะไรให้เขาฟัง ขณะนี้เป็นช่วงที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจออกมา แม้ว่าบางครั้งอาจไม่ตรงความเป็นจริงก็ตาม หลังจากที่มีความอัดอั้นในตัวผู้ป่วยลดลงบ้างแล้ว อาจพูดถึงตัวของเขาในมุมมองของเรา ว่าเขามีท่าทีรับฟังหรือไม่ หากประเมินแล้วว่าเขายังไม่พร้อมที่จะรับฟังก็ให้หยุดไว้ก่อน เมื่อเห็นว่ามีคามจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตหรืออารมณ์ที่อาจรุนแรงขึ้นทันใดนั้น ให้บอกแก่ผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่จะต้องใช้ โดยจะช่วยลดความเครียดความหงุดหงิดในตัวเขาลง (Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542)

2.2 การวางแผนทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental strategies) สิ่งแวดล้อมที่เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งแวดล้อมตลอด 24 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยควรได้รับขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การนอน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การอาบน้ำ และกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในหอผู้ป่วย ซึ่งการจะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ให้สมบูรณ์จะต้องอาศัยบุคลากรของทีมสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด และนักนันทนาการบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อมดังนี้

-- Videbeck (2001) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้เหมือนกับการรักษา โดยการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญคือการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น เช่น กลุ่มเกมส์ กลุ่มคู่มือทัศนียภาพ และร่วมกันอภิปรายภาพยนตร์ที่ดู หรือในการจัดกลุ่มที่เป็นทางการช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เขาแสดงพฤติกรรมรุนแรง การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นกระบวนการ

รักษาสำหรับผู้ป่วย - และยังช่วยให้ผู้ป่วยลดความเบื่อหน่ายได้ นอกจากนั้นการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่ง เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถรับรู้อารมณ์ ความคิด ของผู้ป่วยด้วยการรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้การดูแลอารมณ์ได้อย่างปลอดภัย ถ้าผู้ป่วยมีความขัดแย้งหรือโต้แย้งกับคนอื่น ๆ พยาบาลจะเสนอโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหหรือแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น มีการระบายความโกรธอย่างเหมาะสม โดยใช้วิธีการสื่อสารเจรจาปรึกษาหาวิธีการแก้ไขปัญห เป็นทักษะที่มีความสำคัญในการฝึกให้กับผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

นอกจากนั้น Harper-Jaques & Reimer (2001) ได้นำเสนอวิธี การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย (Environmental management violence prevention) โดยเน้นในเรื่องของการจัดการทางด้านกายภาพ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ จากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งมีวิธีปฏิบัติดังนี้

- ◆ การเคลื่อนย้ายสิ่งของผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธออกจากสิ่งแวดล้อมนั้น เช่นของมีคม และ เชือก
- ◆ หาสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากอันตราย ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ
- ◆ มีขั้นตอนในการตรวจค้นอาวุธที่อาจคิดตัวผู้ป่วยหรือญาติมาขณะรับผู้ป่วยไว้รักษา
- ◆ มีป้ายเตือนญาติในการปฏิบัติหน้าที่ของมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัย
- ◆ แนะนำญาติที่ดูแลผู้ป่วยในประเด็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย
- ◆ จำกัดไม่ให้ผู้ป่วยใช้อาวุธ เช่นของมีคม และเชือก
- ◆ ต้องสังเกตและระวังเมื่อผู้ป่วยใช้มีดโกน
- ◆ จัดให้ผู้ผู้ป่วยมีเพื่อน เพื่อป้องกันผู้ป่วยแยกตัวเอง และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้เปิดเผย

ความคิดความรู้สึกที่เป็นอันตรายของตนเอง

- ◆ จัดเตรียมห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายคนอื่น
- ◆ จัดห้องนอนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงใกล้ห้องปฏิบัติการพยาบาล
- ◆ จำกัดไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงหน้าต่าง ยกเว้นแต่กระจกหน้าต่างถูกปิดและไม่ได้ทำจากวัสดุที่

อาจแตกได้

- ◆ จัดเตรียมห้องที่มีความแข็งแรงและสามารถปิดล็อกได้ดี
- ◆ จัดเตรียมถ้วย จาน และอุปกรณ์ในการใส่อาหารที่ทำด้วยพลาสติกให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้
- ◆ จัดเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสถานการณ์ ที่ถูกจำกัดพฤติกรรมน้อยที่สุด แต่อาจ

จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยตามที่พยาบาลสังเกต และประเมินระดับความรุนแรงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยแสดงออก

- ◆ เตรียมขั้นตอนการควบคุมผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยการให้การรักษาด้วยยาหากประเมินว่ามีความ

จำเป็น

- ◆ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอื่นออกจากสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง
- ◆ จัดเตรียมสภาพภายในห้องแยกที่ปลอดภัย เพื่อจัดให้ผู้ป่วยอยู่เมื่อมีพฤติกรรม

ก้าวร้าวรุนแรง

- ◆ จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ ให้ทำด้วยพลาสติกมากกว่าทำด้วยเหล็ก เช่น ไม้แขวนผ้า

2.3 การวางแผนทางด้านการพฤติกรรม (Behavioral strategies) หากการให้การช่วยเหลือทางการพยาบาล รวมถึงการประยุกต์องค์ความรู้ด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาในการจัดการทางด้านการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการสนทนาพูดคุยก็จะใช้วิธีการกำหนดเวลา (Setting limits) ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจ เลือกแนวทางในการควบคุมความรู้สึกของตนเอง ในเชิงเหตุผล การใช้วิธีการกำหนดเวลา (Setting limits) ไม่ใช่การลงโทษ แต่เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง ในการจำกัดบริเวณต้องมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งและเคารพในตัวตนของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของพฤติกรรมรุนแรง และจะต้องไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางดังต่อไปนี้

2.3.1 การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่งๆ (Holding patient) พฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจะมีทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย วิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายของผู้ป่วยนั้นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคือ การทำให้ผู้ป่วยหยุดการเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการใช้วัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายไปทำร้ายผู้อื่น พยาบาลต้องเข้าไปจัดการ ในการเข้าไปจัดการควรมีบุคลากรที่ช่วยเหลืออย่างน้อย 2 คน เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ที่สำคัญคือพยาบาลต้องพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม พยาบาลจึงควรมีความมั่นคง ไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วยหรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วย เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้นหรือในบางครั้งพยาบาล หรือบุคลากรอาจได้รับอันตรายเนื่องจากถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายได้ ดังนั้นการจัดการควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและระมัดระวัง (Kozub & Skidmore, 2001 ;Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542)

2.3.2 การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (Isolation without seclusion) เช่น การใช้วิธีแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ สิ่งกระตุ้นชั่วคราว (Time-out) โดยไม่จำเป็นต้องใช้ห้องแยก พยาบาลใช้วิธีการนี้ในกรณีที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้น ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสิ่งของมากผู้ป่วยยังรับฟังคำแนะนำ ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงลงได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิด และไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูดหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยควรได้รับการแยกออกจากสถานการณ์ก่อน เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้นอาจพาผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณที่สงบ ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ปลอดภัย จะช่วยให้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นมีความรุนแรงลดลง ก่อนที่พยาบาลจะให้การจัดการด้วยวิธีอื่นต่อไป (วัชรชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

2.3.3 การใช้วิธีเบี้ยยรรถกร (Token Economy) ในผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนนิสัย หรือสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เป็นการให้รางวัลแก่ผู้ป่วย รางวัลที่ให้อาจเป็นเบี้ยหรือสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยอาจนำไปแลกเปลี่ยนเป็นสิ่งของ หรืออาจให้เป็นดาว แด้มคะแนน เป็นตัวเสริมแรงที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงตัวอื่นๆ ได้ (Hamolia, 2005)

2.4 การให้ยารักษาอาการทางจิตเวช (Psychopharmacology) การให้ยาเป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในหนึ่ง ในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง (Allen et al., 2003) การให้ยาฉีดทันที (Immediate medication given by injection) ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการต่างๆแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ พยาบาลอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการสำหรับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็ว และลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและสิ่งของได้ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Benzodiazepines, Lithium, Propranolol ซึ่งในการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้น พยาบาลจะให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อหรือทางเส้นเลือด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทานยา เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วย ก่อนที่จะให้การพยาบาลขั้นตอนอื่นต่อไป ซึ่ง Rickelmen (1997 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542) ได้กล่าวว่าการดูแลหลังให้ยาแก่ผู้ป่วยไว้ว่า หลังจากให้ยาผู้ป่วยแล้วบุคลากรจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นยาที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว และออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงของยา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระดับพฤติกรรมรุนแรงและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ในการพิจารณาวางแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ (Kozub & Skidmore, 2001 : Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542: ชีระ ลีลานันทกิจ, 2541)

นอกจากนี้ Hamolia (2005) และ ชวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ได้เสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมรุนแรงด้วยยาด้านความก้าวร้าว (Anti aggression drugs) ไว้ดังนี้

2.4.1 ยาที่ใช้ในระยะก้าวร้าวเฉียบพลัน ใช้ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท ทำให้ผู้ป่วยสงบลงชั่วคราว ในช่วงที่ผู้ป่วยเกิดภาวะก้าวร้าวอย่างเฉียบพลัน ซึ่งการใช้ยานี้จะมีผลต่อระดับการรู้สึกรู้ตัว และ Cognitive function ได้ ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มนี้จึงควรจำกัดระยะเวลาที่ให้ไม่เกิน 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นหากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ ควรเปลี่ยนแนวทางการรักษา เป็นการใช้ยาในระยะก้าวร้าวเรื้อรัง

ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) เป็นยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวที่มีอาการโรคจิต (Psychotic symptoms) และอาจใช้ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางสมอง แม้จะไม่ได้ผลดีนักก็ตาม หากใช้ยาในกลุ่มนี้ต่อเนื่องเป็นเวลานานฤทธิ์สงบประสาทจะลดลง เนื่องจากเกิดภาวะ Tolerance และต้อง

ระวังผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ Akathisia จากยาทำให้แพทย์เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น เลือกยา High potency Antipsychotic โดยพิจารณาให้ดังนี้ Low dose: Haloperidol 5 mg IM ทุก 4-8 ชั่วโมง (Maximum daily dose 15-30 mg.) High dose: haloperidol 10 mg IM ทุก 4-8 ชั่วโมง (Maximum daily dose 45-100 mg) ขนาดยา Haloperidol ที่เป็นมาตรฐานคือ 5-20 mg ทางปากต่อวัน หรือ 5-20 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต่อวัน (Haloperidol 5 mg ต่อวัน จะให้ D2 occupancy rate มากกว่า 80%) ในผู้ป่วย Delirium สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้อย่างปลอดภัยเช่นกัน แต่ควรคำนึงถึงสภาพทางกายด้วย นอกจากนี้การใช้ยากด Low potency drug เช่น Chlorpromazine เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ โดยให้ยาในขนาด 10-25 mg. ทุก 1-4 ชั่วโมง แต่ต้องคำนึงถึงสภาพทางกาย และผลข้างเคียงที่สำคัญคือ Orthostatic hypotension เมื่อให้ยาต้านโรคจิตแล้วให้เฝ้าระวัง

- (1) ภาวะ Orthostatic hypotension โดยเฉพาะ Chlorpromazine
- (2) Extra pyramidal signs: เมื่อพบจะให้การรักษาคด้วย Anticholinergics
- (3) ภาวะ Akathisia: เมื่อพบให้ลดขนาดยา Antipsychotic และรักษาคด้วย Propranolol 10-20 mg. กิน ทางปากทุก 4 ชั่วโมง หรือ Lorazepam 0.5-2 mg ทุก 4 ชั่วโมง
- (4) Neuroleptic malignant syndrome โดยเฉพาะ High potency drug
- (5) การเกิดภาวะ Torsades des pointes โดยเฉพาะผู้ป่วย Alcoholics electrolyte imbalance (hypomagnesaemia)

Benzodiazepines ผลของ Benzodiazepines ในการรักษาภาวะก้าวร้าวฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยสงบได้ใน Acute agitation และ Aggression แต่ในทางตรงข้ามมีรายงานที่แสดงว่าผู้ป่วยกลับมี Hostility และ Aggression เพิ่มขึ้นได้แม้ว่าจะเกิดขึ้นน้อยก็ตาม Benzodiazepine ทำให้เกิด Amnesia ซึ่งอาจจะมีผลมากต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติด้านความจำที่มีอยู่ก่อน และมีผลต่อการทรงตัวของผู้ป่วยได้ ในระยะ Acute aggression จะให้ Lorazepam เป็น Nonspecific, Sedating Benzodiazepine ขนาด 0.5-2.0 mg ทุก 1-6 ชั่วโมงทางปาก

Diazepam สามารถให้โดยการกิน ทำให้ได้ Peak plasma level ใน 30-90 นาที การดูดซึมทางกล้ามเนื้อไม่แน่นอน การใช้ Diazepam ฉีดเข้ากล้ามเนื้อนั้นจะได้ผลน้อยกว่ากินทางปาก เนื่องจากเมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อแล้วยาจะตกตะกอนการดูดซึมเป็นไปได้ช้า ไม่แน่นอนและหลงเหลืออยู่ในกล้ามเนื้อบริเวณนั้น การฉีดทางหลอดเลือดดำทำให้เกิด Painful irritation ต่อหลอดเลือดจากตัวทำละลาย Propylene glycol, ethyl alcohol, benzyl alcohol

Midazolam มีความแรงเป็น 2-3 เท่าของ Diazepam สามารถให้โดยการกิน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถถูกดูดซึมได้ดีเมื่อฉีดทางกล้ามเนื้อมีรายงานการใช้ Midazolam 5-10 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในผู้ป่วย Mental retardation 3 รายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่าได้ผลดี Midazolam ชนิดฉีดเป็นยาใช้ในการสงบผู้ป่วยในทางวิสัญญี หรือในการทำหัตถการเท่านั้นและไม่มีใช้ในทางจิตเวช เมื่อใช้ Benzodiazepine ร่วมกับยาต้านโรคจิต จะให้ผล Synergistic ทำให้ลดปริมาณการใช้ยาต้านโรคจิตได้ แต่การใช้ร่วมกับ Clozapine นั้นเป็นข้อห้ามในสถาบันบางแห่ง เนื่องจากทำให้เกิดการหายใจมากขึ้น ง่วงซึม น้ำลายมาก เคนเซ

2.4.2 ยาที่ใช้ในระยะก้าวร้าวเรื้อรัง (Chronic aggression) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีช่วง Agitation หรือ Aggression ต่อเนื่องนานเกิน 4-5 สัปดาห์ ควรพิจารณาการให้ยาในระยะยาว (Maintenance treatment) การเลือกชนิดของยานั้นขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงลักษณะอาการทางจิตที่แสดงร่วมด้วย เช่น Anxiety, mania, psychosis หรือ Depression โดยมียาที่สามารถเลือกใช้ดังนี้

ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ข้อบ่งชี้ทางคลินิก คือ การใช้ยากลุ่มนี้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่มี Aggression มาจากโรคจิต (Psychotic disorder) ปริมาณยาที่ให้พิจารณาตามการรักษาโรคจิตที่มีอยู่และมีอาการ การปรับยาเมื่ออาการทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปหากผู้ป่วยเป็น Schizophrenia สามารถให้ยาที่ออกฤทธิ์นานในรูป Depot form โดยมีแนวทางการพิจารณาขนาดยาดังนี้

(1) Haloperidol decanoate 25 - 100 mg IM every 3 - 5 Weeks (ขนาดยาเริ่มต้น จะเป็น 10 - 15 เท่าของยาเกิน แต่ไม่เกิน 100 mg หรือ 2ml)

(2) Fluphenazine decanoate หรือ Enanthate 12.5 - 100 mg IM ทุก 1 - 3 สัปดาห์ (ขนาดเริ่มต้นที่ 12.5 mg แล้วเพิ่ม 12.5 mg ทุก 2 - 3 สัปดาห์ จนได้ระดับที่สามารถควบคุมอาการได้ โดยขนาดยาไม่เกิน 100 mg ทุก 2 - 3 สัปดาห์)

Busprione เป็น Nonbenzodiazepine, nonsedating anxiolytics เกี่ยวข้องกับ Serotonin มีบทบาทสำคัญในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีรายงานว่า Buspirone (5HT receptor partial agonist) ได้ผลในการรักษา Aggression และ Agitation ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) Dementia developmental disabilities autism และ Premenstrual dysphoric disorder การให้ยานั้นควรเริ่มในขนาดต่ำ (5 mg. เช้า-เย็น) และเพิ่มขึ้น 5 mg. ทุก 3 - 5 วัน จนถึง 45 - 60 mg./วัน ซึ่งอาจต้องใช้เวลา 3 - 6 สัปดาห์ ก่อนที่จะเห็นผลของยา

ยากันชัก (Anticonvulsants) Carbamazepine และ Valproate เป็นยากันชักที่ใช้ลด Aggression ได้ดีทั้งใน ผู้ป่วย Epileptic และ Nonepileptic กลไกการออกฤทธิ์น่าจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการยับยั้ง Kindling การศึกษาแบบ Open studies ชี้ว่า Carbamazepine อาจจะได้ผลลด Aggression ในผู้ป่วย Dementia, developmental disabilities, schizophrenia และโรคทางสมองอื่นๆ ซึ่งได้ผลทั้งในผู้มีความผิดปกติของ EEG หรือไม่ก็ตาม ส่วน Valproate ก็ได้ผลดีเช่นเดียวกัน Carbamazepine เริ่มให้ที่ 200 mg bid แล้วค่อยๆ เพิ่มจนถึง 600 - 800 mg ต่อวัน หรือระดับยาในเลือด 4 - 12 Microgram/ml

Lithium เป็นที่ทราบอย่างชัดเจนว่า Lithium สามารถควบคุม Aggression ในผู้ป่วย Manic excitement นอกจากยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอื่นด้วย เช่น กลุ่มที่มีการบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยปัญญาอ่อนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่ม Organic brain syndrome อื่นๆ แต่เนื่องจาก ผู้ที่มีพยาธิสภาพทางสมองนั้นจะไวต่อ Neurotoxicity จาก Lithium ดังนั้นการจำกัดการใช้ Lithium เฉพาะใน Mania ขนาดยาที่ใช้เช่นเดียวกับ ใน Mania คือเริ่มต้นให้ 300 mg bid และให้มีระดับยาในเลือดอยู่ที่ 0.8-1.2 mEq/l

Antidepressants ยาต้านเศร้าที่พบว่าสามารถควบคุม Aggression คือ ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์เด่นที่ระบบประสาท Serotonin รายงานการใช้ Amitriptyline (ขนาดสูงสุด 150 mg ต่อวัน) ในกลุ่มที่มีอาการบาดเจ็บทางสมองและมี Aggression ให้ Amitriptyline 75mg ก่อนนอนให้ผู้ป่วย Aggression จาก Anoxic encephalopathy ซึ่งได้ผลดี มีรายงานจำนวนมากที่ใช้ Trazadone ในการรักษา Aggression จาก Organic mental disorder, autism ที่มี Aggression ทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรง นอกจากนี้

Fluoxetine ซึ่งออกฤทธิ์เฉพาะต่อ Serotonin ใช้รักษา Aggression ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมอง บุคลิกภาพผิดปกติ ซึมเศร้า และวัยรุ่นที่มีปัญญ่อ่อน และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยขนาดเริ่มต้นที่ 10 mg ต่อวัน และเพิ่มเป็น 20 mg ใน 1 สัปดาห์ ในบางรายที่มีความผิดปกติของสมอง อาจตอบสนองที่ 60 - 80 mg ต่อวัน ส่วนยากลุ่ม SSRI ตัวอื่น เช่น Sertraline, paroxetine จะได้ผลในการรักษาความก้าวร้าวในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้ขนาดเดียวกับที่ใช้รักษาภาวะ Depression

3 กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ (Containment strategies)

การจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ เป็นวิธีการเข้าหาผู้ป่วย จำเป็นต้องระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองหรือยับยั้งตนเองในการทำร้ายผู้อื่นได้ เช่น ไม่ควรเข้าไปพูดคุยตามลำพังหรือเข้าไปใกล้เกินไป ควรจะมีบุคคลอื่นที่สามารถจะช่วยเหลืออยู่ได้ทันที ควรสังเกตว่ามีอะไรที่ผู้ป่วยสามารถหยาบคายมาเป็นอาวุธได้ เรื่องการพูดคุยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ คงต้องใช้วิธีการเข้าห้องแยก การผูกมัด หรือการให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความพร้อมและแข็งแรงที่จะสามารถจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติได้ ดังต่อไปนี้

3.1. การแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก (Seclusion)

การแยกผู้ป่วยจะใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ออกมาส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้เป็นการปรับปรุงพฤติกรรมโดยธรรมชาติ ให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งในการจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สงบสติอารมณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งรบกวนหรือกระตุ้น โดยบอกผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ต้องนำผู้ป่วยไว้ในห้องแยก ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับการที่ต้องอยู่ห้องแยก เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลจัดให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารอย่างเหมาะสม ให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อเอาผู้ป่วยออกจากห้องแยก และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้ (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2541; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543; Videbeck, 2001)

3.2. การผูกมัดผู้ป่วย (Use Restraint)

การผูกมัดผู้ป่วยเป็นวิธีการสุดท้าย หรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว เช่น การใช้ยาและการพูดคุยกับผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงที่จะนำไปสู่การผูกมัดนั้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมคุกคามผู้อื่นด้วยคำพูด และข่มขู่ด้วยอาวุธหรือสิ่งของ การใช้ผ้าสำหรับผูกมัดเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย มักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเอง คือมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อคนอื่นตนเอง และสิ่งของ อยู่หนึ่งไม่ได้ มักหลบหนีออกจากโรงพยาบาล การผูกมัดผู้ป่วยอาจต้องใช้บุคลากรถึง 4-5 คน ในการเข้าหาผู้ป่วยพร้อมๆ กัน จับผู้ป่วยพร้อมกัน แขนขา 4 ด้าน และอีกคนผูกมัดตัวผู้ป่วย โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ สิ่งที่ถูกมัดไม่ควรรัดแน่นจนเกินไปให้ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายได้บ้างพอควร (วไลวรรณ กษศิลา, 2545) ดังนั้นเมื่อต้องใช้การผูกมัดสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติเริ่มตั้งแต่เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ เตรียมห้องและเตียงที่จะใช้ผูกมัดผู้ป่วย ตลอดจนเตรียมทีมผู้รักษาให้พร้อม (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) การจับมัดต้องทำอย่างรวดเร็วและมั่นคง แต่ไม่ทารุณร้ายและใช้เวลาในการผูกมัดน้อยที่สุด (ธีระ ถิลาณันท์กิจ, 2541; Tardiff et al., 1997) การผูกมัดที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วยคือผูกข้อมือและข้อเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสได้เคลื่อนไหวส่วนแขนและขาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดหรือถูกจำกัดพฤติกรรมมากเกินไป ซึ่งการจัดการด้วยวิธีการผูกมัดผู้ป่วยพยาบาลควรตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีนี้เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจตำหนิบุคลากร โกรธ วิตกกังวลได้ ดังนั้นจึงควรมีการทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการแสดงออกมา ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและประเมินว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวพยาบาล (Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กษพงศ์ สารการ, 2542) ขณะผูกมัดก็ต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่องความปลอดภัย ความสุขสบาย (Beven, 2002)

การที่บรรลุดัตุประสงค์นี้ ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการจำกัดพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญ การจำกัดพฤติกรรมไม่ได้นำมาใช้เพื่อการลงโทษผู้ป่วย (Punishment) แต่นำมาใช้เพื่อการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเองด้วยวิธีการให้การเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) ควรยกเลิกการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโดยเร็ว เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้แล้ว และเมื่อผู้ป่วยเป็นอิสระควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกในระหว่างการถูกจำกัดพฤติกรรม และควรอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยรู้ถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดพฤติกรรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจากผู้ป่วยได้ถูกจำกัดพฤติกรรมแล้วพยาบาลควรมีการอธิบาย พูดคุยร่วมกับทีมพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การปฏิบัติกรพยาบาลและเปิดโอกาสให้พยาบาลแสดงความรู้สึกของตนเอง ระหว่างการให้พยาบาลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและช่วยลดความกังวลใจของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต่อไป (มานิช หล่อตระกูล, 2539; ธีระ ถิลาณันท์กิจ, 2541; Kozub & Skidmore, 2001; Yudofsky et al., 1986 อ้างถึงใน กษพงศ์ สารการ, 2542; Hamolia, 2005)

กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ได้ให้แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมาก ในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนิยัndaแข็งแรง หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกายเกร็งเคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง ฆ่าตัวตาย

(2) การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอน ที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการพยาบาล ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ “ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้” “ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตราย เนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อนน้ำอาหารและยา” “ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่ง” “ผู้ป่วยทำร้ายบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้”

(3) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาลว่า มุ่งเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล ดัง

ตารางแสดงการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ปัญหา	เป้าหมาย
1.ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น	1.ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลใด
2.ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตรายเนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา	2.ผู้ป่วยพักผ่อนรับประทานอาหารน้ำและยาตามปกติ
3.ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ	3.ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายและไม่มีอาการหูแว่ว
4.ผู้ป่วยตบตีบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้	4.ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายผู้ใดและสามารถระบายความโกรธได้อย่างเหมาะสม

(4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์และบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา (วาสนา แฉล้มเขตร , 2544) พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรงตามลำดับความจำเป็นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของความรู้สึกและพฤติกรรมรุนแรงลง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้

ก. การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวายายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่า มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูด สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปทีละขั้น

ข. การจัดการด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น วิธีการจัดการทางกายภาพได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็วติดต่อกัน (Rapid tranquilizer) ทางกลืนเนื่องการนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา และส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้ การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Lehane & Ree, 1996)

ค.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ ที่หอผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น

(5) การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็น ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น “ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม” “ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงน้อยลง” “ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย” เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนอื่น พยาบาลจิตเวชในฐานะเป็นบุคลากรในทีมจิตเวชและมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การรวบรวมประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน จัดการต่อปัญหา การปฏิบัติการช่วยเหลือและการประเมินผลการปฏิบัติการช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

กรมสุขภาพจิต (2536) ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วย 3 มาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1: ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- (1) ผู้ป่วยและบุคคลอื่น ไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
- (2) ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจและความรู้สึกโกรธออกทางคำพูด

(3) ผู้ป่วยสงบไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและพักผ่อน

กิจกรรมการพยาบาล

(1) ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

1.1 ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น

-การแสดงออกทางสีหน้า สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ทำท่าไม่พอใจแววตาไม่เป็นมิตร

-การเคลื่อนไหว และการกระทำ กระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรงหยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด

-การแสดงออกทางคำพูด เจ็บแค้นผิดปกติ ได้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน พุดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ คำหิติดีเยน

-การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลัน ในผู้ป่วยระยะถอนพิษยาและ

Intoxication

1.2 ประวัติจากญาติและบันทึกของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่ อย่างไร และความช่วยเหลือหรือวิธีลดความรุนแรงที่เคยได้รับ

(2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดย

2.1 จัดและลดสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุโดยตรงตามที่ประเมินได้

2.2 ตรวจค้นตัวผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็น อาวุธ ได้

2.3 แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้ป่วยอื่น โดยให้พักในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย

(3) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้

3.1 พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจอย่างมีแผนระมัดระวังและมีท่าทีที่สงบ

3.2 อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร แล้วเรียกชื่อผู้ป่วย

3.3 พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนไม่คำหิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ

3.4 ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3.5 จำกัดพฤติกรรมโดย อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม ระยะเวลา ระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผู้คุมควรมีเทคนิคและเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาที พุดคุยถามถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 2: ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

(2) ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาลและพูดถึงความต้องการของตนเองกับพยาบาลได้

(3) ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

(1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย

1.1 นัดเวลา สถานที่ให้แน่นอน

1.2 กำหนดและบอกวัตถุประสงค์แต่ละครั้งในการสนทนากับผู้ป่วย

1.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แผนการรักษาพยาบาลกิจวัตรประจำวัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยพยาบาลเป็นผู้รับ

สิ่งที่ได้

(2) ใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง

(3) ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกาย และจิตใจแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล

(4) ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทางด้านร่างกาย ได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายปกติโดย

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 ดูแลให้อ่อนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต้องดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย)

มาตรฐานที่ 3: ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

(2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

(3) ผู้ป่วยเลือกวิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

- (1) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ยอมรับสภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง โดยการปฏิบัติดังนี้
 - 1.1 มีท่าทีสงบ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย
 - 1.2 ใช้เทคนิคการสนทนา กระตุ้นให้ผู้ป่วยพุดระบายนความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจ
 - 1.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าความโกรธ ความก้าวร้าวเป็นเรื่องปกติ แต่ต้องมีขอบและการแสดงออกอย่างเหมาะสม
- (2) จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น กีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัดกลุ่ม ชุมชนบำบัด
- (3) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคม ยอมรับโดย
 - 3.1 ใช้เทคนิคการสนทนาให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีระบายความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว และผลที่เกิดขึ้นในอดีต
 - 3.2 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรม ก้าวร้าว
 - 3.2 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาและทดลองใช้วิธีระบายความโกรธ ที่เป็นที่ยอมรับของสังคมและให้ตนเองสบายใจขึ้น

สรุป มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว กรมสุขภาพจิต (2536) เป็นแนวทางมาตรฐานกลางที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยเริ่มจากการประเมินระดับความรุนแรงให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัย และได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม ข้อดีเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านการศึกษาและวิจัยที่มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้เพราะเป็นมาตรฐานกลาง และมีกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นลำดับ ละเอียด ชัดเจน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2536). มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กชพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กชพงศ์ สารการและคณะ. (2544). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร.พยาบาลสาร. 28 (1):18-30.
- จิตจำนง ผลพฤษยา. (2540). การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ) การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : ยุทธรินทร์.
- เจตน์ภาคา นาคบุตร. (2547).การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จามจุรี อุดรสาร. (2548). การพัฒนาแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชหญิง หอผู้ป่วยเรื้อรังหญิง1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี.รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ช่อทิพย์ สันธวิชชนะ และคณะ. (2542). การสำรวจอุบัติการณ์การถูกทำร้ายร่างกายโดยผู้ป่วยจิตเวชและปฏิกิริยาตอบสนองของพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาล ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13(มกราคม -มิถุนายน), 32-45.
- ดวงตา กุลรัตน์ญาณ. (2541) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งได้รับการรักษาด้วยยา Clopixol Acuphase.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12(4), 25-28.
- ธีระ ลีถำนันทกิจ. (2541). การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ.2543.แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง. เอกสารประกอบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิรันดร์ วิเชียรทอง . โรคจิตกับความรุนแรง. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช.1(1). 2541: 39-42.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สงขลา : เหมการพิมพ์.
- ปราโมทย์ สุคนิชนัน. (2539). จิตเวชฉุกเฉิน: รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2538).การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สุพร.

- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). (2544). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหวิทยาการพิมพ์
- _____. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บิอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รจิต เจริญวรรณ และคณะ. (2541). ผลการใช้คู่มือการพยาบาลพฤติกรรมก้าวร้าว. **วารสารสวนปรุง**, 4(3), 29-39.
- วัชนี หัตถพนม. (2550). การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน Type 2. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). **ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา**. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- วไลวรรณ กษิตา และคณะ. (2545). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม. **วารสารสวนปรุง**, 18(2), 47-56.
- วาสนา แฉล้มเขตร. (2544). การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **สรุปผลการปฏิบัติงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2541**. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.
- ศิริพร ภูมิเสน. (2547). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช. [ออนไลน์] 2548 [อ้างเมื่อ 4 พฤษภาคม 2549]. จาก <http://www.moph.go.th>.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2544). **จิตเวชศาสตร์**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สกุลรัตน์ จารุสันติกุล. (2539). การปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของบุคลากรทีมจิตเวช. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- _____. (2545). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมศักดิ์ สุวรรณเจริญ. (2546). **ขั้นของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการวางแผนพัฒนาตำบลจังหวัดกำแพงเพชร**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Alvarez, C. (1998). Communication with angry and aggressive clients. In Varcariolis, E. M. **Foundations of psychiatric mental health nursing** (3 rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

- Agarwal, M., & Roberts, M. (1996). Violence among psychiatric inpatients at an interim secure unit: Changes in pattern over a two – year period. **Medicine Science and the Law**, 36(1), 31-36.
- Barnett R. (2002) Improving the management of acute aggression in state residential and Inpatient psychiatric Facilities. **Child Adoles psychiatry**, 4(8), 897-905.
- Beven Yee. (2002). Seclusion **in practice: A meta synthesis**. Draft seclusion literature analysis.
- Burns M., Bird D., Leach C., & Higging K. (2003). Anger management training : the effects of a structured programme on the self – reported anger experience of forensic inpatients with learning disability. **Journal of psychiatric and Mental Health Nursing**, 10, (569 – 577.)
- Breakey, S., Wolf, K. A. & Nicholas, P. K. (2001). Adolescent violence. **Journal of Holistic Nursing**, 19 (2), 2–11.
- Beck, C. K., Rawlins, R. P., & Williams, R. (1988). **Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach**. St. Louis: The C. V. Mosby.
- Byrnes, J.D. (2000). The aggression continuum: A paradigm shift. **Occupational Health & Safety**, 69(2), 70-1.
- Burrow, S. (1994). Nurse-aid management of psychiatric emergencies: 3. **British Journal of Nursing**. 3(3), 121-125.
- Chan, H.Y. (2003). Effectiveness of Anger control Program inducing Anger Expression in patient with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**, 17(2), 88-95.
- Carmel, H., & Hunter, M. (1990). Compliance with training in managing behavior and injuries from inpatient violence. **Hospital and Community Psychiatry**, 558-560.
- Chou, K. R., Lu, R.B., & Mao, W. C. (2002). Factors relevant to patient assault behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. **Archives of Psychiatric Nursing**, 16 (4), 187-195.
- Collins, J. (1994). Nurses attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at “The prevention and management of aggressive behaviour Programme”. **Journal of Advance Nursing**, 20, 117-131.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage Inpatient aggression and violence on one mental health unit : A pluralistic design. **Journal of Psychosocial and Mental health Services**, 9, 325-337.
- 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 psychiatry: A qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. **Journal of Advanced Nursing**, 19, 1088-1095.
- Hamolia, C.D. (2005). Preventing and managing aggressive behavior. In Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (Eds.). **Principle and practices of psychiatric nursing**. (pp.630-653). 8th ed. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Harper-Jaques, S. & Reimer, M. (2001). Management of aggression in Boyd, M.A. (Ed.). **Psychiatric nursing contemporary practice**. (pp.950-972). Philadelphia: Lippincott.
- James, D (1990). Increased violence in an acute psychiatric ward. **Nursing Times**, 86 (40), 54.
- Kevin, H., Andrew, D., & Susan, J. (2002). Anger management and Violence Prevention: Improving Effectiveness. **Trends and Issue in Crime and Criminal justice**, 227, 1-6.
- Kozub, M.L., & Skidmore, R. (2001). Least to most restrictive: Interventions. **Journal of Psychosocial Nursing**, 39 (3), 32-38.
- Lanza, M. L. (1992). Nurses as patient assault victims: And update synthesis and recommendations. **Archives of Psychiatric Nursing**, 6(3), 163-171.
- Lee, F. (2001). Violence in A & E: The role of training and self efficacy. **Nursing Standard**, 15 (46), 33-41.
- Leanne, C. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. **International Journal of Mental Health Nursing**, 12, 64-73
- Lewis, D., Pincus, J., & Shanok, S. (1982). Psychomotor epilepsy and violence in a group of incarcerated adolescence boy. **America Journal of Psychiatry**, 139, 882-887.
- Lipscomb, J.A., & Love, C.C. (1992). Violence toward heal care workers: An emerging occupational hazard. **American Association of Occupational Health Nursing**, 34(5), 000-000.
- Littrell, K.H., & S.H. (1998). Current understanding of violence and aggression: Assessment an Treatment. **Journal of Psychosocial Nursing**, 36(12), 18-24.
- McFarland, G. K., & Thomas, M. D. (1990). **Psychiatric mental health nursing**: Application of the nursing process. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Martha L. Crower. (2000). **Understanding and Treating Violence Psychiatric patients**. Washington DC. American psychiatric Press, Inc.
- Needham, I. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient setting: report on a pilot study. **Journal of Psychiatric Mental Health nursing**, 11, 595-601.

- Rickelman, B. L. (1997). Aggressive and violent behavior. In Johnson, B. S. *Adaptation and growth Psychiatric mental health nursing* (4 th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Rippon, T.J. (2000). Aggression and violence in health care profession. **Journal of Advanced Nursing**, 31(2), 452-60.
- Rose, J.W., West, C.C., & Clifford, D. (2000). Group intervention for anger in people with intellectual disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, 21: 171-181
- 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 fearinducing behaviors. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 174 (4), 154-160.
- Sclafani, M. (1986). Violence and behavior control. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, 24(11), 8-13.
- Sheridan, M., Henrion, R., Robinson, L., & Baxter, V. (1990). Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. **Hospital Community Psychiatry**, 41, 776-780.
- Silver, J. M., & Yudofsky, S. C. (1991). The overt aggression scale: Overview and guiding principle. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience**, 3(2), S22-S29.
- Tam, E., Engelsmann, F., & Fugere, R. (1996). Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. **Psychiatric Services**, 47(1), 86-87.
- Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (1996). **Psychiatric nursing** (5 th ed.). Menlo Park : Addison Wesley Nursing.
- Yodofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. **American Journal of Psychiatry**, 143(1), 35-39.