

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
2. การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากร

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

มีผู้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมรุนแรง (violent behavior) ไว้อย่างมากมายและหลากหลายแนวความคิดซึ่งคำจำกัดความและความหมายที่ใช้กันอยู่ได้เป็นการสะท้อนให้ทราบถึงพฤติกรรมที่แสดงออกมา ตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อการทำลายและการที่จะเอาชนะสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) โดยพฤติกรรมนั้นเป็นการกระทำเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกที่ก้าวร้าว มีผลให้การกระทำดังกล่าวรุนแรงจนก้าวร้าวผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและการกระทำ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) ซึ่ง อุบล นิวัติชัย (2528) ยังได้ให้ความหมายอีกประเด็นหนึ่งว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นภาวะที่บุคคลขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง และไม่มีวิธีที่จะสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมจึงแสดงพฤติกรรมเดิมที่ไม่ได้ถูกขัดเกลารวมออกมาเต็มที่และส่งผลในการทำลาย นอกจากนี้ สกอตต์ (Scott, 1977) ได้กล่าวเพิ่มเติมไว้ว่า พฤติกรรมรุนแรงอาจจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และสามารถเกิดขึ้นใหม่ได้อีกเมื่อมีปัจจัยอื่น ๆ มากกระตุ้น

ส่วน แมคฟาร์แลนด์และโทมัส (McFarland & Thomas, 1990) ได้กล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า เป็นความก้าวร้าวในระดับสูงสุด (extreme aggression) จากความก้าวร้าวทั้งหมด 4 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และสูงสุด โดยในระดับสูงสุดนี้ถือว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกทั้งด้านคำพูด สีหน้าและท่าทาง นอกจากนี้ ฟินนิมา แดเนเซนและฮาลเฟนส์ (Finnema, Dansen & Halfens, 1994) ได้ทำการศึกษาความหมายของพฤติกรรมรุนแรงโดยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรพยาบาล จากการใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งสรุปได้ว่า พฤติกรรมรุนแรง เป็นสัญชาตญาณพื้นฐาน (basic instinct) ที่พบได้ในบุคคลทั่วไปและพฤติกรรมนั้นจะแสดงออกทั้งทางคำพูดและทางการกระทำ โดยมีเป้าหมายที่สิ่งของหรือบุคคลทั่วไป ตลอดจนเป็น

การแสดงออกของความรู้สึกหรือเป็นวิธีการส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงความรู้สึกรุนแรงที่มีอยู่ในบุคคลนั้น

สำหรับ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2539) และ วิลสันและเนสล (Wilson & Kneisl, 1996) ได้มีความเห็นคล้ายคลึงกันว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการรุนแรงที่เป็นอันตรายตนเองต่อผู้อื่นและทำลายสิ่งของ นอกจากนี้ สมาคมจิตเวชอเมริกา (American Psychiatric Association) ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) ว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญและเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช ที่อาจใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินและการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงคิดว่าตนเองจะถูกปองร้าย (schizophrenia, paranoid type) การหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ และมีความโกรธร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังจากเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้มีความตึงเครียดทางจิตใจ (posttraumatic stress disorder) (Johnson, 1997)

ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมรุนแรงหมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งแสดงถึงการไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยแสดงออกมาทางคำพูด ทางร่างกายหรือทั้งสองอย่างที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่นหรือสิ่งของ ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ

อัตราชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ได้มีนักวิชาการหลายคนสรุปเกี่ยวกับอัตราชุกไว้เป็นแนวเดียวกันกล่าวคือ เป็นดัชนีที่ใช้วัดอัตราผู้ป่วยใหม่และเก่าที่เกิดขึ้นแสดงถึงโอกาสของการเกิดโรคว่ามีมากน้อยเพียงใดภายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีความสำคัญในการวางแผนการให้บริการเพราะเป็นตัวบ่งชี้ถึงปริมาณงานที่สถานบริการจะต้องปฏิบัติ จึงใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ (จิตร สิทธิอมร, 2530; ธีระ รัฐถาวรและประหยัด แดงสุภา, 2537; Gordis, 1996; Sarason & Sarason, 1989) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาอัตราชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นอัตราชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จึงเป็นค่าที่แสดงถึงการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งใหม่และเก่าในผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาสแสดงพฤติกรรมรุนแรงในช่วงเวลาเดียวกัน

สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนมีเพียงรายงานการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น ส่วนในต่างประเทศ จากการศึกษาของ แทมและคณะ (Tam et al., 1996) ได้ศึกษาลักษณะแบบแผนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในสถาบันอัลแลน เมโมเรียล (Allan Memorial Institute) เมืองมอนทรีออล (Montreal)

ประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นแผนกจิตเวช ขนาด 74 เตียง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี โดยศึกษาจากรายงานบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่า พฤติกรรมรุนแรงพบได้สูงในหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 80 และพบในแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 12 พบว่าหอผู้ป่วยปิดที่ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยออกไปจากหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าหอผู้ป่วยอื่นโดยพบถึงร้อยละ 60 ทั้งนี้เนื่องจากอยู่ในหอผู้ป่วยปิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นอิสระและง่ายต่อการถูกกระตุ้นจากผู้ป่วยด้วยกัน นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 76 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหลังจากเข้ารับการรักษา 1 สัปดาห์ มักพบในช่วงอายุ 20 - 40 ปี และพบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง

จากการศึกษาของ ทาร์ดีฟ และคณะ (Tardiff et al., 1997) ในเพนนี วิตนีย์ คลินิก (Payne Whitney Clinic) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน ในเมืองแมนฮัตตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 763 คน พบว่า จากผู้ป่วยเพศหญิง 409 คน มีผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 60 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนผู้ป่วยจิตเวชเพศชายทั้งหมด 354 คน มีผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 48 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งหญิงและชาย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจนซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่รัฐบาลจัดไว้ให้เฉพาะ นอกจากนี้การศึกษาของ อการ์วัล และ โรเบิร์ตส์ (Agarwal & Roberts, 1996) ในโรงพยาบาลวิททิงแฮม (Whittingham Hospital) ในเมืองเพรสตัน ประเทศอังกฤษ ในระยะเวลา 1 ปี พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 21 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยชาย 14 คน และผู้ป่วยหญิง 7 คน โดยทั้งหมดพบในอายุระหว่าง 20-29 ปี มีพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งหมดรวม 70 ครั้ง และพบมากในเดือนกันยายน ตุลาคม และพฤศจิกายน มีจำนวน 7-9 ครั้งต่อเดือน

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ซิลเวอร์ และ ยูโดฟสกี (Silver & Yudofsky, 1991) ได้ทำการศึกษาจากศูนย์บำบัดทางจิตเวช 2 แห่ง ในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในแห่งแรกคือ ศูนย์บำบัดทางจิตเวชครีดมัวร์ (Creedmoor Psychiatric Center) เมืองควีนส์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 15 เดือน พบว่า มีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้น 2,287 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็นพฤติกรรมแต่ละลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด 1,212 ครั้ง รองลงมา คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น 597 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ 316 ครั้ง และ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง 162 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนศูนย์บำบัดทางจิตเวชอีกแห่งหนึ่ง คือ ศูนย์บำบัดทางจิตเวชมิดเดิลทาวน์ (Middletown Psychiatric Center) เมืองมิดเดิลทาวน์ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ 20 เดือน พบว่า มีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้น 3,017 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็นพฤติกรรมแต่ละลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด 2,077 ครั้ง รองลงมา คือ

พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น 546 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ 244 ครั้ง และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง 150 ครั้ง ตามลำดับ

จากการศึกษาของ อการ์วัลและโรเบิร์ตส์ (Agarwal & Roberts, 1996) ในโรงพยาบาลวิททิงแฮม (Whittingham Hospital) ในเมืองเพรสตัน ประเทศอังกฤษ ในระยะเวลา 1 ปี พบว่า พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมี 13 ครั้ง พฤติกรรมหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร คุกคามผู้อื่นมี 35 ครั้ง และมีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายร่างกายผู้อื่น 3 ครั้ง และในบางครั้งมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่า 1 พฤติกรรมต่อครั้ง โดยเป้าหมายของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาต่อบุคลากรพยาบาล จำนวน 45 ครั้ง ต่อสิ่งของจำนวน 14 ครั้ง ต่อผู้ป่วยด้วยกัน 9 ครั้ง

แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาในตำรา วารสารและผลงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมรุนแรงอาจเกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง สภาพแวดล้อมที่กระตุ้น และลักษณะของสังคมและวัฒนธรรม หรืออาจเริ่มมาจากปัจจัยที่มีมาแต่กำเนิดได้แก่ สัญชาตญาณ โครงสร้างของร่างกาย องค์ประกอบด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านพัฒนาการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ จึงได้มีผู้ศึกษาและสรุปเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้หลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดทางจิตวิทยา แนวคิดทางชีวภาพ แนวคิดทางสังคม วัฒนธรรม และแนวคิดทางสิ่งแวดล้อม (Rickelman, 1997) ซึ่งแต่ละแนวคิดได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดทางจิตวิทยา (psychological perspective)

แนวคิดนี้ได้มีบุคคลกล่าวไว้หลายคนเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์พฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ ทฤษฎีของลอเรนซ์ (Lorenz, 1966 cited in Lancaster, 1988) เชื่อว่าความรุนแรงเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เป็นสัญชาตญาณของมนุษย์คล้ายกับความหิวและความกระหาย ในการพัฒนาของความรุนแรงนั้นเป็นการพัฒนามาจากภายในทั้งหมด ไม่มีอิทธิพลภายนอกมาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะรุนแรงจะปรากฏอยู่ในยีนส์ ถ้ามีสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสมจะเกิดการต่อต้านสิ่งนั้นจนเกิดความรุนแรงขึ้นได้

สำหรับความคิดในแง่คิดของฟรอยด์ ได้กล่าวเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้ในหนังสือ The goal of life is death ของ Freud ปี ค.ศ. 1920 ได้กล่าวถึง ภาวะสัญชาตญาณ (Death instinct) ไว้ว่า ในส่วนลึกของจิตใต้สำนึก มนุษย์ปรารถนาจะตาย ลักษณะที่เด่นชัดของสัญชาตญาณนี้ คือ

แรงกระตุ้นให้ก้าวร้าวและทำลาย บุคคลจะแสดงความก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่นมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Freud, 1920, อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) ซึ่งผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสม จะมีพลังความรุนแรงติดค้างแฝงอยู่ในจิตใต้สำนึกและพลังส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีที่ค่อนข้างซับซ้อน นับเป็นพลังของจิตที่สำคัญ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งในจิตใจจึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความผิดปกติทางพฤติกรรมหลายรูปแบบ (Rollant & Deppoliti, 1996)

ส่วนในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) นั้น แบนดูรา (Bandura, 1973 cited in Zillmann, 1979) กล่าวว่าว่าการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลเกิดจากการสังเกตและการเสริมแรงจากความสำเร็จอันเป็นสิ่งได้รับภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมรุนแรงแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต

จากการศึกษาของ โนวาโค (Novaco, 1976) ได้ชี้ให้เห็นว่า ความรุนแรงนั้นเกิดจากกระบวนการคิดอย่างไร โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคาม กระบวนการคิดจากการประเมินนี้นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย นอกจากนี้ เบค (Beck, 1976 cited in Vacarolis, 1998) ก็ได้ชี้ให้เห็นในแง่ของทฤษฎีกระบวนการคิดว่า เหตุการณ์ต่างๆ จะนำไปสู่ความรู้สึกโกรธ และก้าวร้าวรุนแรงได้นั้น บุคคลต้องรับรู้เหตุการณ์นั้นเป็นสิ่งที่มาคุกคามตนเอง ซึ่งคล้ายคลึงกับ เบค (Beck, 1988) ที่ได้กล่าวถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงว่า อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือสะสมเป็นแบบแผนมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองถูกคุกคาม หรือมีความต้องการในบางสิ่งแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีตัวตนหรืออาจเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้นจะเริ่มมีความเครียด ความวิตกกังวล ถ้าความรู้สึกนี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดความโกรธ ถ้าได้ระบายออกมาด้วยคำพูดจะทำให้ความเครียดลดลง ความโกรธจะหายไป แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีมีความรู้สึกต้องการอำนาจ มีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่เพียงพอ ต่อต้านปฏิเสธความโกรธ ทำให้ความโกรธไม่ได้ระบายออก ยังคงอยู่ภายในจิตใจของบุคคลนั้น ทวีความรุนแรงขึ้นเป็นความอาฆาตแค้น ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องอีกผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา

2. แนวคิดทางชีวภาพ (biologic perspective)

มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับพื้นฐานทางชีวภาพของพฤติกรรมรุนแรง ทำให้พบว่าอิทธิพลทางชีวภาพหลายด้านมีผลต่อพฤติกรรมรุนแรง เช่น ด้านกรรมพันธุ์ อาจเกิดจากความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ โดยเฉพาะความผิดปกติของ XYY โครโมโซมในเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของ เชียวี เทียลการ์ด และ โอเวน (Schiavi, Theilgaard, & Owen, 1984) พบว่า มีโครโมโซมวาย

ชนิดพิเศษ (extra Y chromosome) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในด้านฮอร์โมน จากการศึกษาของ แดบส์ เจอร์โควิกและฟราดี้ (Dabbs, Jurkovic & Frady, 1991)พบว่าในผู้ชายที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) จำนวนมากกว่าระดับปกติ ส่วนในผู้หญิงอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในผู้หญิง คือ ระดับของเอสโตรเจน (estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (progesterone) ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ ส่วนด้านสารสื่อประสาทนั้น เกิดจากการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มากกว่าปกติ จากการศึกษาของ กลาเซอร์ และ ดิคสัน (Glazer & Dickson, 1998) พบว่า ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอัตราการเผาผลาญของโดปามีน (dopamine) มากกว่าปกติ และการใช้ยาคลอซาปีน (clozapine) สามารถลดระดับของจำนวนโดปามีนลงได้ ส่วน ซีโรโทนิน (serotonin) จะมีจำนวนน้อยลง (Krakowski & Czobor, 1994)

ส่วนด้านสรีรวิทยาของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของสมองจากการกระทบกระเทือน การมีรอยโรค หรือสื่อไฟฟ้าในสมองผิดปกติ การเป็นโรคลมชักชนิดเทมโปโรลโลบ อีพิเลปซี (temporal lobe epilepsy) ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อสมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และอมิกดาลา (amygdala) ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Garza-Trevino, 1994) นอกจากนี้ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูทำให้บุคลิกภาพ อุปนิสัย ความคิด ความรู้สึกมีความแตกต่างกันจึงส่งผลให้พฤติกรรมรุนแรงแตกต่างกันออกไป (Glazer & Dickson, 1998)

3. แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural perspective)

เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยค่านิยม ทัศนคติ แบบแผนของพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง โดยในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมและเชื้อชาติซึ่งในการพิจารณาที่มาของพฤติกรรม อารมณ์ กลไกการเกิดพฤติกรรมนั้น ย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่ง บลู และ กริฟฟิท (Blue & Griffith, 1995) ได้กล่าวไว้ว่า ในสังคมอเมริกันมีความรุนแรงมากกว่าสังคมอื่นเนื่องจากสังคมดังกล่าวมีความเป็นอิสระเสรีไม่จำกัดชนชาติในการเข้าอยู่อาศัยทำให้มีความหลากหลายในเชื้อชาติ ประเพณี วัฒนธรรม โดยเฉพาะ ชนชาวอเมริกัน-แอฟริกัน (American-African) จะถูกแบ่งแยกเป็นประชากรระดับล่างของสังคม การได้รับการปฏิบัติคล้ายทาส (slaves) ถูกกีดกันทางสังคมและสัญชาติ ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ได้รับความกดดันจนแสดงออกด้วยมีความรุนแรงมาก และจากการศึกษาของ ทาร์ดีฟ มาร์ซุก ลีออน พอททิตราและเวียนเนอร์ (Tardiff, Marzuk, Leon, Potera & Weiner, 1997) ใน เพนน์ วิตนีย์ คลินิก (Payne Whitney Clinic) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน ในเมืองแมนฮัตตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน พบว่า จากผู้ป่วย

จิตเวชทั้งหมด 763 คน ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจนซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่รัฐบาลจัดไว้ให้เฉพาะ

ถ้าจะพิจารณาตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ในครอบครัวบุคคลมีการแสดงอารมณ์รุนแรงเกิดขึ้นภายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวเหล่านี้จะได้รับประสบการณ์ชีวิตที่มีการใช้ความรุนแรง ซึ่งความรุนแรงนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวและเมื่อถูกกระทำความรุนแรงซ้ำๆทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่นโดยเฉพาะเมื่อมีความวิตกกังวล ความคับข้องใจและความขัดแย้งใจบุคคลจะมีการเผชิญปัญหาด้วยความรุนแรงทั้งทางคำพูดและท่าทาง นอกจากนั้นในการใช้สื่อในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับอิทธิพลของความรุนแรง เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ หรือ วิดีโอเกมส์ เป็นต้น ซึ่งสื่อต่างๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่ปฏิบัติตามทั้งเจตนาและไม่เจตนา ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ (Johnson, 1997)

4. แนวคิดทางสภาพแวดล้อม (environmental perspective)

สำหรับลักษณะสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น จอห์นสัน (Johnson, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัยหรือชุมชนที่แออัด การขาดปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย (homeless) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาชญากรรม การใช้ยาเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนไม่ได้รับการศึกษาที่เพียงพอหรืออยู่ในภาวะตกงานมาก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้ นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยภาพรวมในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นอาจเกิดได้ทั้งจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยตลอดจนบุคลากรพยาบาลโดยพอจะสรุปได้ดังนี้ (Burrow, 1994; Cardwell, 1984; Casseem, 1984; Darcy, 1984; Finnema et al., 1994; Sheridan, Henrion, Robinson, & Baxter, 1990)

1. สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในแผนการรักษา
2. สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร
3. สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระภาพในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณ

หอผู้ป่วยผู้ป่วยจะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน เช่น ผู้ป่วยอื่นชอบหุ่หรือหยิบยืมสิ่งของส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด เป็นต้น นอกจากนี้กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลแต่ถูกบังคับให้อยู่โรงพยาบาลเนื่องจากเป็น ความต้องการของญาติหรือความคิดเห็นของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง รวมไปถึงสภาพบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยเช่นอากาศถ่ายเทไม่สะดวก อุณหภูมิร้อนเกินไป สภาพพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยไม่กว้างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย

4. สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรภายในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและ ต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาล กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย ชัดแจ้งหวั่นไหวผู้ป่วย กำลังพูดอยู่ ชักถามผู้ป่วยมากเกินไป ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาที่นัดกับผู้ป่วย แสดงท่าทางยั่วเย้า ล้อเลียนโดยเจตนาหรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย

ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปัจจัยกระตุ้นหลายอย่างที่ทำให้เกิด พฤติกรรมรุนแรง ซึ่ง จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) ได้สรุปเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นอื่น ๆ ที่ทำให้เกิด พฤติกรรมรุนแรง คือ การเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งได้แก่ จิตเภทเฉียบพลัน (acute schizophrenia) ที่มี อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่าง รุนแรง ร่วมกับสับสน นอกจากนี้ในผู้ป่วยหวาดระแวง (paranoid psychosis) ซึ่งอาจจะมีผลมาจาก พยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนของความคิดของ ผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีการหลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึง พยายามป้องกันตนเอง มีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหู ทำให้ผู้ป่วยสับสน และเกิดความกลัว มาก จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายนั้น ตลอดจนใน ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง (organic brain syndrome) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีปัญหาที่เพิ่มขึ้นคือ สูญเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล และสูญเสียความจำ ระยะใกล้ และมีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อยๆ ส่วนในผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) ผู้ป่วย ประเภทนี้อาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคลมชัก มักจะเป็นอันตรายน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนเทมโปรัล โลบ (temporal lobe) นอกจากนี้ในผู้ป่วยซึมเศร้า (depressive psychosis) อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือทำร้ายตนเอง

ซึ่งไม่สามารถทราบได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดแต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมนี้ได้มากถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง รวมไปถึงผู้ป่วยคลั่ง (mania) จะมีอาการหงุดหงิด พุดไม่หยุด เคลื่อนไหวตลอดเวลา โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรง แล้วแสดงพฤติกรรมรุนแรงตามมา รวมไปถึงปัจจัยใดๆ ก็ตามที่ส่งผลต่อสมองและระบบประสาท ทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น เนื้องอกในสมอง ฝีในสมองหรือสมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและหมดสติเป็นเวลานาน หลังจากนั้นมักแสดงพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาของ ลี วิลลาร์ จูธานี และ บลูสโตน (Lee, Villvar, Juthani & Bluestone, 1989) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภท ซึมเศร้า และกลุ่มใช้ยาเสพติดและจากการศึกษาของ แทม และคณะ (Tam et al., 1996) ได้ศึกษาลักษณะแบบแผนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในสถาบันอัลแลน เมโมเรียล (Allan Memorial Institute) เมืองมอนทรีออล (Montreal) ประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นแผนกจิตเวช ขนาด 74 เตียง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี โดยศึกษาจากรายงานบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะมีการวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตที่มีพยาธิสภาพของสมองและรองลงมาเป็นจิตเภท

นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่ามีความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกายผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลย์ของกระบวนการเผาผลาญในร่างกายหรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุลย์ รวมทั้งที่มีไข้สูงหรือพิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไปผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากความเครียด รวมไปถึงการได้รับพิษจากยา เช่น พิษจากยาแอมเฟตามีน พิษจากการขาดยาบาร์บิทูเรท และ ผู้ป่วยที่ติดยาและหยุดยาทันทีหรือผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาด (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527)

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมีหลากหลายพฤติกรรมทั้งด้านคำพูดและการกระทำ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปสู่การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ดาร์ซี (Darcy, 1984) ได้สรุปเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยได้อธิบายถึงพฤติกรรมรุนแรงซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งด้านคำพูดและด้านร่างกายว่า ทางด้านคำพูดออกมาเมื่อมีความคับข้องใจ โกรธ ไม่สบายใจ จะมีพฤติกรรมตะคอก ช่มชู้ คุกคามต่อบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยอื่นและญาติที่มาเยี่ยม ซึ่งการแสดงออกโดยการใช้คำพูดที่รุนแรง จะทำให้นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายออกมา ได้แก่ แสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและสิ่งของ

โดยมีพฤติกรรมทำลายโต๊ะ เหยียงนอน ทูบหน้าต่าง ขว้างปาสิ่งของ ฉีกเสื้อผ้า ชกต่อย เตะถีบผู้อื่น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคนไม่แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาภายนอกให้บุคคลอื่นเห็นแต่จะเก็บกดความรู้สึกไว้ภายในไม่ต้องการแสดงออกหรือระมัดระวังในการแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพราะกลัวสูญเสียการควบคุมตนเอง แต่อาจแสดงออกมาในลักษณะวิตกกังวล หรือไม่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือถ้ามีอาการมากขึ้น อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองจนได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้

สำหรับ สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ที่พบว่า สิ้นหน้างัดแงะ แววดาไม่เป็นมิตร แสดงท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ชูตะคอก ทะเลาะวิวาท ชกต่อยทุบตี ทำลายข้าวของ ละเมิดสิทธิผู้อื่น หรือทำร้ายตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ จิตจำนง ผลพฤกษา (2539) ได้กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า

1. ด้านอารมณ์ผู้ป่วย จะแสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ ขาดความอดทน อยู่นิ่งไม่ได้ อารมณ์ลึงโลด มีท่าทางแสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร ไม่พอใจ เจ็บแค้นผิดปกติ ปฏิเสธความจริง มีความกลัว มีความวิตกกังวลสูง
2. ด้านความคิดผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ การรู้จักตัวเอง ซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย
3. ด้านพฤติกรรมทั้งด้านคำพูดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ส่งเสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจการพูด พูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดจนเสียงแหบ คอแห้ง ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่ดี ไม่สนใจเรื่องของการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางอารมณ์สูง ทูบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ หาเรื่องวิวาท ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ชกต่อย ทุบตีใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่น

ยูดอฟสกี และคณะ (Yudofsky et al., 1986) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (verbal violent behavior) ประกอบด้วย การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกผู้อื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเชนนี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธและอคติผู้อื่นคำพูดที่บอกถึงความต้องการจะทำร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน เช่น “ฉันอยากจะฆ่าคุณ”
2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง (physical violent behavior against self) ประกอบด้วยพฤติกรรมกระหน่ำขว้างขว้างตัวเอง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้น กำปั้นชกสิ่งของ กระแทกลำตัวกับผนังห้อง มีรอยฟกช้ำที่ลำตัว ตัดแขน ขา ตนเอง ใช้ปากกัดตัวเอง

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (physical violent behavior against other people) ประกอบด้วยพฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว และจับผู้อื่นเหวี่ยงไปมาตบตี ชกต่อย ดึงเส้นผม ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดรอยช้ำ ฟกช้ำ บวม หรือรุนแรง จนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ (violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ชีดเขียนฝาผนังห้อง ทบสิ่งของให้แตก ทบกระจก

นอกจากนี้จากการศึกษาของ ลี และคณะ (Lee et al., 1989) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงพบว่า มีลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่แตกต่างกัน ได้แก่การทำร้ายร่างกาย ทำลายสิ่งของ ทะเลาะวิวาท พยายามทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ แทม และคณะ (Tam et al, 1996) ได้ศึกษา ลักษณะแบบแผนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันอัลแลน เมโมเรียล (Allan Memorial Institute) เมืองมอนทรีออล (Montreal) ประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นแผนกจิตเวช ขนาด 74 เตียง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี โดยศึกษาจากรายงานบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วย ใน หอผู้ป่วยนอก และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง 48 คน เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด 133 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกจะทำร้ายร่างกายผู้อื่นโดยเป็นการชกต่อยหรือตี 11% เป็นการขีดข่วน 5% และเกิดขึ้นขณะบุคลากรพยาบาลให้การผูกมัดและแยกผู้ป่วยไว้ในห้อง 40% โดยพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลจะเป็นเป้าหมายแรก 45%

อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยจิตเวชโดยทั่วไปจะมีอาการและอาการแสดงมากกว่าหนึ่งพฤติกรรมขึ้นไป ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าหนึ่งลักษณะ (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา, 2536) ซึ่ง พฤติกรรมรุนแรงสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้หลายลักษณะ เช่น พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และโดยส่วนใหญ่มีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด ร่วมด้วย (Dexter & Wash, 1995 ; Yudofsky et al., 1986)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแสดงออกมาทั้งด้านคำพูด และการกระทำซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ดังนั้นบุคลากรจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมรุนแรงเหล่านี้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา บุคลากรซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดตลอดเวลาจะต้องประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด

อารมณ์ของผู้ป่วย วิเคราะห์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยและวางแผนในการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้มีการประเมินหลายรูปแบบและหลายความคิด ดังต่อไปนี้ (Habor, McMahon, Hoskins, & Sidelean, 1992)

1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ได้แก่ เดินไปมา ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่ง ๆ หรือหยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด

2. คำพูดและการกระทำที่แสดงถึงอันตรายคุกคามต่อผู้อื่นที่เป็นเป้าหมายทั้งความเป็นจริงหรือจินตนาการขึ้นเอง ได้แก่ คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น ๆ ที่แสดงถึงการคุกคาม การหวาดระแวง และการแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบต่อประสาทหลอนทางหูหรือทางตา พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบต่อการหลงผิด

3. ความรู้สึกรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยมีกิริยาท่าทางเครียดมาก การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด อาการรุนแรงอย่างทันที

นอกจากนี้ นางพาง ลิ้มสุวรรณ (2536) และ สถาบันสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ยังได้กล่าวถึงการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสรุปได้ว่า ควรประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้โดยเร็วเพื่อจะได้ระวังว่าผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ได้แก่ สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร รวมไปถึงการเคลื่อนไหวและการกระทำ ได้แก่ กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด ตลอดจนการแสดงออกทางคำพูด ได้แก่ เจ็บแค้นผิดปกติ ร้องตะโกนโต้ตอบด้วยเสียงห้วนพูดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิติเตียน พูดจาหยาบค้าย เรียกร้องมาก ซึ่ง เพียรดี เปี่ยมมงคล (2538) และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2539) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่าควรสังเกตสัญญาณเตือนที่แสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยสัญญาณเตือนที่แสดงถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นจะสังเกตจากท่าทางของผู้ป่วยแสดงออกมา เช่น กัดกรามแน่น กำมือแน่น มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นหรือหายใจลึก มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำเสียงโดยการพูดเสียงดัง ใช้คำพูดรุนแรงแสดงความฉุนเฉียว ดวงตาเบิกกว้างและแข็งกร้าว ท่าทางตึงเครียด ตัวเกร็ง กำหมัด หรือจับพนักเก้าอี้แน่น ไม่ผ่อนคลาย ท่าทางหวาดกลัวพร้อมที่จะกระทำรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองหรือผู้ป่วยอาจมาบอกบุคลากรภายในหอผู้ป่วยว่า กลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นต้น

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรง

ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปอีกทั้งยังไม่มีมาตรฐานในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงเป็นที่แน่นอนนัก นักวิชาการส่วนใหญ่จะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดซึ่ง

เกิดจากประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงตามแนวความคิดของตนเองสนใจเป็นหลัก ทำให้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้ในปัจจุบันจึงมีความแตกต่างกันออกไป และโดยส่วนใหญ่จะนำแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชซึ่งใช้ในการประเมินพฤติกรรมโดยรวมของผู้ป่วยมาใช้โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงเพียงด้านเดียว ดังจะเห็นได้จากแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชซึ่งได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง ที่จะกล่าวดังต่อไปนี้

Nurses' Observational Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) ของ โชนิกเฟลด์ (Honigfeld, 1965 cited in Swett & Mills, 1997) ซึ่งประกอบด้วยแบบสังเกต 30 ข้อ มีรายละเอียดเกี่ยวกับด้านบวกได้แก่ ความสามารถในการอยู่ในสังคม (social competence), ความสนใจต่อสังคม (social interest), ความเป็นระเบียบเรียบร้อย (neatness) ส่วนด้านลบได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดง่าย (irritability), อาการทางจิต (psychosis), การทำงานของระบบประสาทสั่งงานเสื่อม (motor retardation)

นอกจากนี้ยังมี Mini Mental Status Examination (MMSE) ของ โฟลสเทน โฟลสเทน และแมคอีวีย์ (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 cited in Lewis, Pincus & Shanok, 1982) ส่วนใหญ่นิยมใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากอาการทางระบบสมองและประสาท มีข้อคำถาม 11 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องตอบทุกข้อจึงสามารถรวมคะแนนได้ นอกจากนี้ อินเฟนเตและวิกเลย์ (Infente & Wigley, 1986) ได้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดคือ Verbal Aggressiveness Scale (VAS) โดยมีข้อคำถาม 20 ข้อ และได้นำไปศึกษาวิจัยกับนักศึกษาปริญญาโท จำนวน 660 คน ที่เรียนกระบวนการสื่อสาร คำความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบ โดย Internal consistency เท่ากับ .81 และ test - retest correlation เท่ากับ .82 ส่วนค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (validity) นำไปหาความสัมพันธ์กับแบบวัดอื่นอีก 5 แบบวัด พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติและสามารถทำนายได้ดี ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวมาแล้วนั้นเป็นการประเมินในลักษณะตามตอบ จะมีข้อความที่ใช้ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงค่อนข้างน้อยทำให้ไม่สามารถแยกประเภทของพฤติกรรมรุนแรงได้ ไม่เห็นความแตกต่างและรายละเอียดของพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละด้านเพียงแต่สะท้อนให้เห็นเพียงการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยภาพรวมหรือเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น อีกทั้งยังต้องมีการฝึกให้ผู้ประเมินมีความเข้าใจและชัดเจนในแบบประเมินก่อนนำแบบประเมินเหล่านี้ไปใช้

ยูดอฟสกีและคณะ (Yudofsky et al., 1986) ได้สร้างแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งรวมพฤติกรรมรุนแรง 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งได้มีการนำแบบบันทึกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใน 3 โรงพยาบาลจิตเวช และหาความสัมพันธ์ความ

เชื่อมั่น เท่ากับ .87 ซึ่งแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้ภายในหอผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากมีลักษณะข้อคำถามสะดวกต่อการบันทึก สามารถเข้าใจได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้สังเกตได้ชัดเจน บุคลากรภายในหอผู้ป่วยสามารถบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในแต่ละเวรได้ ใช้ระยะเวลาน้อยทำให้ไม่เป็นการเพิ่มภาระในการปฏิบัติงานของบุคลากร

จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ จะเห็นได้ว่า แม้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงจะมีหลายแนวทางและมีการประเมินพฤติกรรมรุนแรงในหลายรูปแบบที่แตกต่างกันไป แต่เมื่อพิจารณาจากฐานของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะพบว่าเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกของผู้ป่วยเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาอาจเกิดอันตรายขึ้นต่อผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ อาจเป็นอันตรายบาดเจ็บสาหัสหรือถึงเสียชีวิตได้ ในการป้องกันและการรักษาพยาบาลนั้นบุคลากรต้องตระหนักประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่แสดงออกมาเพื่อทำความเข้าใจอาการและอาการแสดง สาเหตุอย่างแท้จริง และเป็นการป้องกันไม่ให้มีพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งทำให้บุคลากรมีการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากร

การจัดการของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการจัดการของบุคลากรย่อมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ของบุคลากร บุคลากรสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้โดยการใส่ใจในปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงและให้การจัดการที่เหมาะสม (Blair & New, 1991) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคลากรพยาบาลต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีหลายปัจจัยได้แก่ วิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่มีบุคลากรเพศหญิงอาจต้องดูแลผู้ป่วยชายที่มีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะของงานต้องมีการใกล้ชิดทางด้านร่างกาย ต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง สถานที่ทำงานเปิดบริการตลอดเวลาโดยเฉพาะช่วงกลางคืน ระบบความปลอดภัยมีจำกัด หรือบุคลากรอาจได้รับการฝึกทักษะในการดูแลและป้องกันพฤติกรรมรุนแรงไม่เพียงพอ (Alspach, 1993) ซึ่งจากการรวบรวมรายงานเกี่ยวกับบุคลากรถูกทำร้ายร่างกายของ ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) พบว่า สาเหตุที่บุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การห้ามปรามขณะที่ผู้ป่วยจะไปทำร้ายผู้อื่น การนำผู้ป่วยไปฉีดยา ผู้ป่วยเอะอะอาละวาดขณะจำกัดพฤติกรรม ผู้ป่วยรับใหม่ที่ขัดขืนบุคลากร และการที่บุคลากรเข้าจับกุมผู้ป่วยขณะหลบหนี ในการจัดการของบุคลากรสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเหล่านี้ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ของบุคลากร

โดยทั่วไปการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงนั้นจะขึ้นอยู่กับโครงสร้างและหลักปฏิบัติภายในหอผู้ป่วยตลอดจนการประเมินสถานการณ์ของบุคลากรที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งการกระทำโดยอาศัยความเข้าใจในสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้มีการจัดการที่เหมาะสม (Finnema et al., 1994) ในบางครั้งการจัดการของบุคลากรต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงนั้นบุคลากรจะจัดการโดยใช้ความคิดความรู้สึก อารมณ์ของตนเอง ซึ่งความรู้สึกและอารมณ์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกทางการกระทำหรือวาทะเพื่อลดความรู้สึกที่ถูกผู้ป่วยคุกคามและเป็นการปกป้องตนเองให้มีความรู้สึกปลอดภัย (Miller, 1991) อันได้แก่ แสดงท่าทางเฉยเมย ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย แสดงการยั่วแหย่และล้อเลียนผู้ป่วยโดยเจตนา ใช้เสียงดังแสดงความเป็นอำนาจ ออกคำสั่งกับผู้ป่วย โต้ตอบผู้ป่วยด้วยคำพูดที่รุนแรงและชี้หน้าตำราผู้ป่วย จับยึดผู้ป่วยด้วยความรุนแรง ผลักผู้ป่วย ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทำโทษและกลั่นแกล้งผู้ป่วย นอกจากนี้ ริคเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า บางครั้งบุคลากรมีอารมณ์โกรธและจัดการต่อผู้ป่วยด้วยการจำกัดพฤติกรรม อาจใช้การผูกมัดหรือนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก โดยไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการกระทำของบุคลากร ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้อาจกระทำได้โดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ขัดแย้งใจ วิตกกังวล มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคลากร ดังนั้นบุคลากรจึงควรตระหนักรู้ถึงความคิดและความรู้สึกรวมทั้งพฤติกรรมของตนเองที่แสดงโต้ตอบในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อจะได้ปรับตัวและให้การจัดการที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงบุคลากรต้องมีความใส่ใจและให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมรุนแรงนั้นเพื่อให้สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพและปราศจากอันตราย (Johnson, Martin, Guaha, & Montgomery, 1997)

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชได้มีผู้เสนอแนวความคิดหลากหลาย ซึ่งในการนำไปใช้นั้นผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่ง ฮาร์เปอร์แจคควิส และไรเมอร์ (Harper-Jaques & Reimer, 1998) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ได้แก่ การฉีดยา รวมไปถึงการผูกมัดและการใช้ห้องแยก ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย ด้านสังคม ได้แก่ การลดสิ่งกระตุ้น นอกจากนี้ ไฮแมน (Hyman, 1988) และ ริคเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงว่า การที่บุคลากรจะจัดการพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้คำพูด การใช้ยา รวมทั้งการใช้การผูกมัดและห้องแยก

ยูดอฟสกีและคณะ (Yudofsky et al., 1986) ได้เสนอวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย (talk to patient)

การรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบและสังเกตท่าทางของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ การเอาใจใส่ได้ถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับการรับรู้ขณะนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ โดยบุคลากร ควรหลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจหรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วยในสิ่งที่บุคลากรไม่แน่ใจว่าจะกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาจะถูกลงโทษเนื่องจากการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ ซึ่ง มอร์ริสัน (Morrison, 1993) และ สคลาฟานี (Sclafani, 1986) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า บุคลากรควรบอกให้ผู้ป่วยมั่นใจอีกครั้งว่าบุคลากรต้องการให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้และบอกว่าบุคลากรพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอเมื่อผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ การที่บุคลากรจะติดต่อกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรงนั้นต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วยและต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดซึ่งบุคลากรควรมีความรู้และทักษะเรื่อง การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแลและระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

การพูดคุยควรเป็นไปในลักษณะไม่ข่มขู่ เปิดเผย พูดซ้ำ ๆ มีความชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบกับมีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตรไม่พูดด้วยการใช้สายตาจ้องมองไปที่ผู้ป่วยมากเกินไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวมากยิ่งขึ้น (Burrow, 1994) ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยทักษะความชำนาญ ดังนั้นบุคลากรจึงควรตระหนักถึงวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการจัดการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงได้ (Dexter & Wash, 1995 ; Johnson, 1997)

2. การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (closer observation)

ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา บุคลากรควรได้สังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นก่อนมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อประเมินดูว่าพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวมีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งของหรือไม่ หรือบางครั้งบุคลากรควรพิจารณาว่าจะมีการจัดการด้วยวิธีใดต่อไปสำหรับพฤติกรรมรุนแรงนั้น นอกจากนี้ เบอร์โรว์ (Burrow, 1994) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ในบางครั้งบุคลากรได้มีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงแล้วนั้นต่อไป การสังเกตพฤติกรรมรุนแรงอย่างใกล้ชิดจะเป็นการประเมินดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการจัดการของบุคลากร

3. การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง ๆ (holding patient)

พฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย ซึ่งในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายของผู้ป่วยนั้น วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคือการทำให้อาการของผู้ป่วยหยุดการเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการใช้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไปทำร้ายผู้อื่น บุคลากรควรเข้าไปจัดการอย่างน้อย 2 คน เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรเนื่องจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายที่สำคัญบุคลากรควรพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกวุ่นวายตนเองถูกคุกคาม ซึ่ง เบอร์โรว์ (Burrow, 1994) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ในบางครั้งอาจเกิดการโต้ตอบของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นขณะมีการจัดการด้วยวิธีการนี้ บุคลากรจึงควรมีความมั่นคง ไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วยหรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วย เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือในบางครั้งบุคลากรอาจได้รับอันตรายเนื่องจากถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายได้ ดังนั้นการจัดการควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและระมัดระวัง

4. การให้ยาฉีดทันที (immediate medication given by injection)

ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการอื่น ๆ แต่ไม่ได้ผลผู้ป่วยจิตเวชยังมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการที่ดีที่สุดในวิธีหนึ่งสำหรับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและสิ่งของได้ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) เช่น ฮาโลเพริโดล (Haloperidol) ในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ (Benzodiazepines) ลิเทียม (Lithium) โพรพราโนลอล (Propranolol) ซึ่งในการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้นต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นบุคลากรจะให้ยาทางกล้ามเนื้อหรือทางเส้นเลือด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทานยา ทั้งนี้เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การพยาบาลขั้นตอนอื่นต่อไป ซึ่ง ริคเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลหลังให้ยาแก่ผู้ป่วยไว้ว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้วบุคลากรจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นยาที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว และออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา ดังนั้นบุคลากรจึงควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนระดับของพฤติกรรมรุนแรงและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อพิจารณาในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

ในการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้จากการศึกษาของ ฟิชเชิล เฟร์ไรโร โรเนอรัสน์ นิคเคิล แจคสัน และ แฮนแนน (Fishel, Fereiro, Rynerson, Nickell, Jackson, & Hannan, 1994) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจะได้รับยาเมื่อจำเป็น (pm) มีจำนวนถึงร้อยละ 60 ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือยับยั้งพฤติกรรมรุนแรง

5. การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (isolation without seclusion)

บุคลากรอาจใช้วิธีการนี้ในกรณีที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสิ่งของมาก ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงลงได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูดหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยควรได้รับการแยกออกมาจากสถานการณ์ก่อนเพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น อาจพาผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณเงียบสงบ ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ปลอดภัย จะช่วยให้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นมีความรุนแรงลดลง ก่อนที่บุคลากรจะให้การจัดการด้วยวิธีอื่นต่อไป

6. การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (seclusion)

สำหรับการใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้เป็นการปรับพฤติกรรมโดยธรรมชาติให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยบุคลากรต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้

7. การผูกยึดผู้ป่วย (use of restraints)

เป็นวิธีการสุดท้ายหรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว เช่น การใช้ยาและการพูดคุยกับผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงที่จะนำไปสู่การผูกยึดนั้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมคุกคามผู้อื่นด้วยคำพูดและข่มขู่ด้วยอาวุธหรือสิ่งของ (Sheridan et al., 1990) ซึ่ง ลีเฮเนอ์ และ รีส์ (Lehane & Rees, 1996) ได้กล่าวไว้ว่าการผูกยึดที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วยคือผูกข้อมือและข้อเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสได้เคลื่อนไหวส่วนแขนและขาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดหรือถูกจำกัดพฤติกรรมมากเกินไป ซึ่งการจัดการโดยวิธีการผูกยึดผู้ป่วยบุคลากรควรตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีนี้เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจตำหนิบุคลากร โกรธ วิตกกังวลได้ (Dexter & Wash, 1995) ดังนั้นจึงควรมีการทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมา ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและประเมินดูว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวของบุคลากร

นอกจากนี้ในการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงบุคลากรไม่ควรจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยลำพัง ปราศจากการช่วยเหลือจากบุคลากรอื่น หรือขาดบุคลากรอื่นอยู่ใกล้เคียงพอที่จะช่วยเหลือได้ทันทั้งที่ ไม่แสดงท่าทีก้าวร้าวต่อผู้ป่วยพยายามไม่ให้คนมางุดูผู้ป่วยมาก ๆ และบุคลากรไม่ควรที่จะสัมผัสผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดระแวง

และกลัวมากขึ้นและในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบตัวต่อตัวแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ ควรมีการช่วยเหลือแบบเป็นทีม (team approach) โดยจะต้องไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคุกคามพยายามใช้คำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักควบคุมตนเองโดยไม่ต้องใช้กำลังบังคับ เช่น การผูกมัดหรือการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก (Morrison, 1993 ; Sclafani, 1986) ในบางครั้งบุคลากรไม่สามารถที่จะจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงคนเดียว บุคลากรจำเป็นต้องมีการร่วมปรึกษาในทีมบุคลากรเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพราะถ้าการจัดการไม่มีประสิทธิภาพสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม อาจมีความจำเป็นที่จะต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น บุคลากรภายในหอผู้ป่วยอื่น หรือตำรวจในกรณีที่ผู้ป่วยใช้อาวุธหรือเครื่องทุ่นแรงเพื่อให้การจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Burrow, 1994) แต่ เดซี (Darcy, 1984) ได้แสดงความคิดเห็นอีกประเด็นหนึ่งเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงว่า การที่บุคลากรเข้าไปหาผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่งจะเหมาะสมกว่าเพราะทำให้ผู้ป่วยไม่ตกใจกลัว มีเวลาคิด ไตร่ตรองในพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกมา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายคำพูดและความรู้สึกออกมาแสดงความต้องการอยากช่วยเหลือแต่การมีความตั้งใจระตือหรือล้นมากเกินไปเช่นเข้าไปดูแลผู้ป่วย 3-4 คนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคาม ดึงตระหนกเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นได้

จากการศึกษาของ ฟินนิมาและคณะ (Finnema et al., 1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงของบุคลากรที่ทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์จากบุคลากรในหอผู้ป่วยปิดและเปิด ซึ่งมีบุคลากรทั้งหมด 24 คน เป็นชาย 10 คน และหญิง 14 คน โดยการจัดการที่บุคลากรได้ใช้กับผู้ป่วยคือ การพูดคุยกับผู้ป่วย พาผู้ป่วยไปยังที่สงบ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบายโดยสัมผัสผู้ป่วยที่แขนหรือไหล่ มีปฏิกิริยาโต้ตอบผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่สร้างความกดดันให้ผู้ป่วย ให้ความใส่ใจแก่ผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยได้เล่นเกม เดินเล่น ฟังเพลง นอกจากนี้ยังมีการดูแลด้านอื่น ๆ เช่น การผูกมัด การใช้ห้องแยก การใช้ยา การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่น ซึ่งการจัดการต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้สึกของบุคลากร บุคลากรรู้จักผู้ป่วยมากน้อยขนาดไหน สัมพันธภาพของบุคลากรและผู้ป่วย ลักษณะของพฤติกรรมผู้ป่วย

จากการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีผลกระทบต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรจึงควรให้ความสำคัญและตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของบุคลากร

การจัดการของบุคลากรจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใดนั้น บุคลากรควรตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจัดการทั้งในส่วนของผู้ป่วยและบุคลากรเอง เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถนำวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไปปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของบุคลากร สรุปได้ 3 ด้าน ดังนี้

1.ด้านตัวผู้ป่วย การจัดการต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละบุคคลว่าพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งทางคำพูดและทางร่างกายนั้นกล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ หรือ ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาอย่างต่อเนื่อง หรือ หลายพฤติกรรม หรือในแต่ละพฤติกรรมแสดงออกมาเป็นเวลานาน ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อการจัดการของบุคลากรด้วย ซึ่งอาจทำให้การจัดการมีการใช้วิธีเดียวหรือหลากหลายวิธี เช่น ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะแต่ไม่มีความรุนแรง การจัดการอาจใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้ แต่ถ้าพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นนั้นมีระดับของความรุนแรงมาก การจัดการอาจจำเป็นต้องใช้มากกว่าหนึ่งวิธี ได้แก่ กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นหรือต่อร่างกายตนเองหรือด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีมาก ดังนั้นการจัดการของบุคลากรจึงจำเป็นต้องใช้มากกว่าหนึ่งวิธีเพื่อลดระดับของพฤติกรรมรุนแรง (Harris & Rice, 1997)

2.ด้านบุคลากร การที่บุคลากรจะกระทำการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงนั้นควรพิจารณาถึงทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน สัดส่วนของบุคลากรกับผู้ป่วย และ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย ซึ่งในการจัดการที่เหมาะสมจะต้องมีการพัฒนาทางด้านความรู้และทักษะ โดยจะเห็นได้จากการอบรมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มเติม ภายหลังจบการศึกษาจะทำให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพราะกระบวนการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม ตลอดจนการฝึกทักษะในการจัดการอยู่ตลอดเวลาที่ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการจัดการในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นความรู้และทักษะจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง (Roberts, Raphael, Lawrence, O'Toole & O'Brien, 1997) ซึ่งจากการศึกษาของ โรเบิร์ต ราฟเฟล ลอเรนซ์ โอทูลและโอไบรอัน (Roberts, Raphael, Lawrence, O'Toole & O'Brien, 1997) พบว่า การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นการที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการจัดการที่เหมาะสมจึงควรวางแผนให้มีการจัดการอบรมให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงาน เมื่อบุคลากรมีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น บุคลากรก็จะมีการพัฒนาการจัดการพฤติกรรมรุนแรงเพื่อการตอบสนองต่อการแสดงออกของผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ บุคลากรที่มีอายุน้อยและเพิ่งเข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช มักประสบปัญหาในการปฏิบัติงาน จากความหวาดกลัว ความวิตกกังวล บางรายไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรจะจัดการอย่างไรในการพยาบาลผู้ป่วย (Alschul & McGovern, 1985) สำหรับเรื่องสัดส่วนของบุคลากรกับผู้ป่วย เนื่องจากถ้าไม่เพียงพอกับจำนวนของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่น้อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาโดนทอดทิ้ง ความสนใจ เกิดความขัดแย้งในใจส่งผลต่อการจัดการของบุคลากรได้ (Casseem, 1984) ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย ถ้าบุคลากรไม่ให้ความสำคัญต่อการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ไม่ให้ข้อมูลของการรักษาที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดพลาดได้ (Burrow, 1994) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการจัดการของบุคลากรได้แก่ ทักษะของบุคลากร และการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรซึ่งทำให้เกิดการเบื่อหน่ายในการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการจัดการพฤติกรรมรุนแรงได้ (Darcy, 1984) ซึ่งในการจัดการต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงนั้น บุคลากรจะต้องมีความสงบ มั่นคง เด็ดเดี่ยว มีความมั่นใจให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย

นอกจากปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของบุคลาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ลักษณะหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยก็มีผลต่อการจัดการของบุคลากรทำให้การจัดการแตกต่างกันออกไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วในประเทศไทย บุคลากรด้านการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Clinical Specialist) พยาบาลวิชาชีพ (Professional Nurse) พยาบาลเทคนิค (Technical Nurse) เจ้าหน้าที่พยาบาล (Practical Nurse) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Attendant) บุคลากรเหล่านี้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษามในหอผู้ป่วยซึ่งในการปฏิบัติหน้าที่นั้นมีความแตกต่างกันตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาทำการศึกษามีเพียงบุคลากร 3 ระดับ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่ง จิวรรณ สัตยธรรม (2540) ได้สรุปหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรด้านการพยาบาลแต่ละระดับในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ (Professional Nurse) มีหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วย คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สนทนากับผู้ป่วยเพื่อการบำบัด เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ให้การรักษาตามแผนการรักษา บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย ประสานงานกับบุคลากรในทีมการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางกายและทางจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา

2. พยาบาลเทคนิค (Technical Nurse) มีหน้าที่ความรับผิดชอบรองจากพยาบาลวิชาชีพ แต่ปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ประเมิน วิเคราะห์ และ วินิจฉัยปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยๆ เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น วางแผนและการให้การพยาบาล ผู้ป่วยช่วยปฏิบัติกิจกรรมการรักษา เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรมบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ สันทนาการผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา เป็นต้น

3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Attendant) บุคลากรที่ทางโรงพยาบาลจัดการฝึกอบรมขึ้นมาเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและเป็นแม่บ้าน มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและที่อยู่อาศัย จัดเลี้ยงอาหารผู้ป่วยภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาล ดูแลการหลับนอนของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือในการพยาบาล เช่น ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่ให้หลบหนี ไม่ให้ทะเลาะวิวาท นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรม ตามผู้ป่วยพบญาติ เป็นต้น

จากบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทั้ง 3 ระดับที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งในการจัดการสำหรับ พฤติกรรมรุนแรงในแต่ละครั้งบุคลากรเหล่านี้ต่างก็มีการจัดการตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองได้รับอันจะส่งผลให้มีการจัดการที่แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อให้การจัดการมีประสิทธิภาพ

3. ด้านสภาพแวดล้อม สำหรับการจัดการของบุคลากรนั้นควรพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้มีความสะดวกต่อการทำงาน เช่น อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผูกยึด ยา และอุปกรณ์ในการให้ยาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนการจัดวางโต๊ะทำงานให้อยู่ในบริเวณที่มองเห็นผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ความเหมาะสมของหอผู้ป่วย เช่น จัดห้อง และเตียงนอนให้มีความเหมาะสม ไม่คับแคบหรือมีจำนวนเตียงนอนมากเกินไปเพราะขณะที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงอาจทำให้บุคลากรไม่สามารถจัดการได้อย่างเต็มที่และเป็นอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ (Morrison, 1993 ; Sclafani, 1986)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของบุคลากรนั้น ทุกปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลต่อกันได้ ในการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้น จึงควรคำนึงถึงทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุปคือพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นการแสดงออกของผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวในระดับสูงสุดทั้งด้านคำพูดและการกระทำที่มีผลกระทบต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุทั้งด้านชีวภาพ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิทยา โดยมีโรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยกระตุ้นพฤติกรรมรุนแรงที่พบได้แก่ ลักษณะทางคำพูด ด้วยการดูต่ำลงเสียงดัง การกระทำที่ทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น หรือลงโทษตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้

บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคลากรจึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ พฤติกรรมรุนแรงถือว่าเป็นจิตเวชฉุกเฉินอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของผู้ป่วยหรือผู้อื่นได้รับอันตราย บุคลากรจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการจัดการที่เหมาะสมสามารถประยุกต์หลักการจัดการที่มีอยู่ไปใช้กับความรู้ความสามารถ โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการที่เหมาะสมและปลอดภัย จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยและการจัดการของบุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปวางแผนป้องกันหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของยูโดฟสกีและคณะ (Yudofsky et al., 1986) โดยพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งแสดงถึงการไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ โดยที่พฤติกรรมรุนแรงทั้ง 4 ลักษณะนี้เป็นผลมาจากปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา ด้านสิ่งแวดล้อม และสังคมวัฒนธรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงบุคลากรมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้ระดับการศึกษา หน้าที่รับผิดชอบ ย่อมมีการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงในลักษณะที่แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือของบุคลากรที่กระทำขณะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง ไม่มีภัยอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด การจับผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง การให้ยาฉีดทันที การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรมและการใช้การผูกมัดผู้ป่วยไว้ หากบุคลากรจัดการด้วยวิธีดังกล่าวอย่างเหมาะสมตามลักษณะของพฤติกรรมย่อมส่งผลในการลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้