

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 และหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1 จำนวน 149 ราย แบ่งเป็นชาย 94 คน และหญิง 55 คน จากการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งสิ้น 56 คน แบ่งเป็น ชาย 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 43.6 และหญิง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 และหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1 จำนวน 45 ราย ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 อัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรแต่ละระดับ

ส่วนที่ 4 การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะ
ของบุคลากรแต่ละระดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	ผู้ป่วยชาย (n=41)		ผู้ป่วยหญิง (n=15)		รวม (N= 56)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
18-20	0	0.0	2	13.3	2	3.6
21-40	36	87.8	11	73.4	47	83.9
41-60	5	12.2	2	13.3	7	12.5
การวินิจฉัยโรค						
โรคจิตเภท	27	65.8	8	53.4	35	62.5
โรคจิตที่ไม่ได้เกิดจาก พยาธิสภาพทางสมอง	10	24.4	6	40.0	16	28.6
โรคจิตที่เกิดจาก สารเสพติด	4	9.8	1	6.7	5	8.9
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
1 ครั้ง (ครั้งแรก)	17	41.5	8	53.4	25	44.7
2 ครั้ง	14	34.1	5	33.3	19	33.9
มากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป	10	24.4	2	13.3	12	21.4

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ อายุ 21-40 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก

ส่วนที่ 2 อัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 2

จำนวนครั้งและอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ป่วย 100 ราย จำแนกตามเพศ
และลักษณะพฤติกรรม

ลักษณะพฤติกรรม	ผู้ป่วยชาย (n=94)		ผู้ป่วยหญิง (n=55)		รวม (N=149)	
	จำนวน (ครั้ง)	อัตราชุก	จำนวน (ครั้ง)	อัตราชุก	จำนวน (ครั้ง)	อัตราชุก
พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด	49	52.1	34	61.8	83	55.7
พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง	11	11.7	2	3.6	13	8.7
พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น	33	35.1	17	30.9	50	33.5
พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ	20	21.3	11	20.0	31	20.8

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดพบมากเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น 55.7 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 100 ราย และในพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองพบน้อยที่สุด คิดเป็น 8.7 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 100 ราย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรแต่ละระดับ

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของบุคลากรแต่ละระดับ จำแนกตามตำแหน่ง

ข้อมูล	ระดับบุคลากร			รวม (N=45)
	พยาบาลวิชาชีพ (n=16)	พยาบาลเทคนิค (n=13)	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (n=16)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	3 (18.7)	6 (46.2)	8 (50.0)	17 (37.8)
หญิง	13 (81.3)	7 (53.8)	8 (50.0)	28 (62.2)
อายุ (ปี)				
20-29	1 (6.3)	6 (46.1)	7 (43.7)	14 (31.1)
30-39	12 (75.0)	2 (15.4)	9 (56.3)	23 (51.1)
มากกว่า 40 ขึ้นไป	3 (18.7)	5 (38.5)	0 (0.0)	8 (17.8)
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (56.3)	9 (20.0)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0 (0.0)	12 (92.3)	3 (18.7)	15 (33.3)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16 (100.0)	1 (7.7)	4 (25.0)	21 (46.7)
ประสบการณ์ใน การทำงาน (ปี)				
1-10	4 (25.0)	6 (46.2)	14 (87.5)	24 (53.3)
มากกว่า 10 ขึ้นไป	12 (75.0)	7 (53.8)	2 (12.5)	21 (46.7)
การเข้ารับการอบรมเรื่อง การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย				
ไม่เคย	1 (6.3)	4 (30.8)	10 (62.5)	15 (33.3)
เคย	15 (93.7)	9 (69.2)	6 (37.5)	30 (66.7)
การถูกผู้ป่วยแสดง พฤติกรรมรุนแรง				
ไม่เคย	0 (0.0)	2 (15.4)	1 (6.3)	3 (6.6)
เคย	16 (100.0)	11 (84.6)	15 (93.7)	42 (93.4)
ทางคำพูด	3 (18.7)	3 (27.3)	2 (13.3)	8 (19.1)
ทางร่างกาย	3 (18.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.1)
ทางคำพูดและร่างกาย	10 (62.5)	8 (72.7)	13 (86.7)	31 (73.8)

จากตารางที่ 3 พบว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพ 16 ราย พยาบาลเทคนิค 13 รายและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 16 ราย กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 75.0) ทุกคนมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มพยาบาลเทคนิค ร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 46.1) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) ส่วนกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีเพศชายและหญิง เท่ากัน ร้อยละ 50.0 มีอายุในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 56.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-10 ปี บุคลากรในแต่ละระดับส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และส่วนใหญ่เคยถูกผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 4 การจัดกาสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะของบุคลากรแต่ละระดับ
ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดของบุคลากรแต่ละระดับ

บุคลากร แต่ละระดับ	วิธีการจัดการของบุคลากร						
	วิธีที่1 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่2 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่3 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่4 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่5 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่6 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่7 จำนวน(ร้อยละ)
พยาบาลวิชาชีพ	32 (39.5)	18 (22.2)	5 (6.2)	10 (12.3)	1 (1.2)	7 (8.6)	8 (9.9)
พยาบาลเทคนิค	21 (26.7)	13 (16.9)	5 (6.5)	12 (15.6)	5 (6.5)	10 (13.0)	11 (14.3)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	12 (18.7)	16 (25.0)	7 (10.9)	0 (0.0)	5 (7.8)	13 (20.3)	11 (17.2)

หมายเหตุ

วิธีที่ 1 = การพูดคุยกับผู้ป่วย วิธีที่ 2 = การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด วิธีที่ 3 = การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง วิธีที่ 4 = การให้ยาลดทันที
วิธีที่ 5 = การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 6 = การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 7 = การผูกมัดผู้ป่วย

จากตารางที่ 4 พบว่า ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการจัดการทุกวิธี โดยใช้การพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาใช้การ
สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ในขณะที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้ทุกวิธียกเว้นการให้ยาลด โดยใช้การจัดการด้วยการสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดมากที่สุด
รองลงมา ใช้การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของการจัดการสำหรับการปรับปรุงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองของบุคลากรแต่ละระดับ

บุคลากร แต่ละระดับ	วิธีการจัดการของบุคลากร						
	วิธีที่1 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่2 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่3 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่4 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่5 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่6 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่7 จำนวน(ร้อยละ)
พยาบาลวิชาชีพ	5 (38.5)	1 (7.7)	1 (7.7)	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (15.4)	2 (15.4)
พยาบาลเทคนิค	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	0 (0.0)	2 (13.3)	3 (20.0)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2 (18.2)	2 (18.2)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	3 (27.3)

42

หมายเหตุ

วิธีที่ 1 = การพูดคุยกับผู้ป่วย วิธีที่ 2 = การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด วิธีที่ 3 = การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง วิธีที่ 4 = การให้ยาฉีดทันที
วิธีที่ 5 = การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 6 = การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 7 = การผูกยึดผู้ป่วย

จากตารางที่ 5 พบว่า ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการจัดการทุกวิธียกเว้นวิธีการแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม โดยใช้การพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้ทุกวิธียกเว้นการฉีดยาและการแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม โดยใช้ในการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม และการผูกยึดผู้ป่วยมากที่สุด

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายของผู้เรียนของบุคลากรแต่ละระดับ

บุคลากร แต่ละระดับ	วิธีการจัดการของบุคลากร						
	วิธีที่1 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่2 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่3 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่4 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่5 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่6 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่7 จำนวน(ร้อยละ)
พยาบาลวิชาชีพ	13 (36.1)	5 (13.9)	3 (8.3)	5 (13.9)	1 (1.2)	3 (8.3)	6 (16.7)
พยาบาลเทคนิค	7 (25.9)	5 (18.5)	2 (7.4)	7 (25.9)	2 (7.4)	4 (14.8)	5 (18.5)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	4 (10.5)	3 (7.9)	6 (15.8)	0 (0.0)	2 (5.3)	11 (28.9)	12 (31.6)

หมายเหตุ

วิธีที่ 1 = การพูดคุยกับผู้ป่วย วิธีที่ 2 = การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด วิธีที่ 3 = การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง วิธีที่ 4 = การให้ยาลดทันทันที่
วิธีที่ 5 = การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 6 = การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 7 = การผูกมัดผู้ป่วย

จากตารางที่ 6 พบว่า ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการจัดการทุกวิธี โดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้การพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนพยาบาลเทคนิคใช้การพูดคุยกับผู้ป่วยและการให้ยาลดทันทันมากที่สุด สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้ทุกวิธีการเว้นการฉีดยา โดยใช้การผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำสายสิ่งของของบุคลากรแต่ละระดับ

บุคลากรแต่ละระดับ	วิธีการจัดการของบุคลากร						
	วิธีที่1 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่2 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่3 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่4 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่5 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่6 จำนวน(ร้อยละ)	วิธีที่7 จำนวน(ร้อยละ)
พยาบาลวิชาชีพ	12(20.7)	6 (20.7)	3 (10.3)	2 (6.9)	0 (0.0)	2 (6.9)	4 (13.8)
พยาบาลเทคนิค	10 (31.2)	3 (9.4)	3 (9.4)	4 (12.5)	2 (6.2)	5 (15.6)	5 (15.6)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	12 (35.3)	5 (14.7)	3 (8.8)	0 (0.0)	2 (5.3)	5 (14.7)	7 (20.6)

44

หมายเหตุ

วิธีที่ 1 = การพูดคุยกับผู้ป่วย วิธีที่ 2 = การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด วิธีที่ 3 = การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง วิธีที่ 4 = การให้ยาฉีดทันที
วิธีที่ 5 = การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 6 = การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม วิธีที่ 7 = การผูกยึดผู้ป่วย

จากตารางที่ 7 พบว่า ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการจัดการทุกวิธี ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพไม่ได้ใช้วิธีการแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม และผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่ใช้การตีตบ โดยบุคลากรทั้งสามระดับใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย มากกว่าวิธีอื่น

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะและการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงแต่ละลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรแต่ละระดับประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ารับการรักษาระหว่าง วันที่ 1-30 กันยายน 2541 ในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 และจิตเวชหญิง 1 จำนวน 149 ราย โดยเป็นผู้ป่วยชาย 94 ราย และ ผู้ป่วยหญิง 55 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 และจิตเวชหญิง 1 จำนวน 45 ราย ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุดรราชธานี จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. อัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะ

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเวชซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรก ส่วนด้านการวินิจฉัยโรคพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตเภท

ผลการศึกษาอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงแต่ละลักษณะพบว่า ภายใน 30 วัน (1-30 กันยายน 2541) ในจำนวนผู้ป่วยชายทั้งหมด 94 ราย พบผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.6 และในผู้ป่วยหญิงจำนวน 55 ราย พบผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3 และมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดเกิดขึ้นในผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงมากกว่าพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มอื่น โดยในผู้ป่วยชาย 94 ราย พบจำนวน 49 ครั้ง ในผู้ป่วยหญิงจำนวน 55 ราย พบ 34 ครั้ง รองลงมาคือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น ส่วนพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองพบน้อยกว่าพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มอื่นทั้งในผู้ป่วยชายและหญิง เมื่อพิจารณาอัตราชุกต่อผู้ป่วย 100 ราย พบว่า อัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด คิดเป็น 55.7 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น คิดเป็น 33.5 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ คิดเป็น 20.8 ครั้ง และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง คิดเป็น 8.7 ครั้ง (ตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิลเวอร์ และ ยูโดฟสกี (Silver & Yudofsky, 1991) พบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด และรองลงมาได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด เป็นพฤติกรรมที่ไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นและพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ นอกจากนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมีความต้องการให้บุคคลอื่นทำตามความต้องการของตน แต่ผู้ป่วยขาดทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมจึง

ใช้ความรุนแรงทางคำพูด ใ้บุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนต้องการหรือเห็นด้วยกับความคิด และความเชื่อของตน

ผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ อการวาลและโรเบอร์ต (Agarwal & Roberts, 1996) ที่ทำการศึกษาในประเทศอังกฤษ ระยะเวลา 1 ปี ซึ่งพบว่าพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดและพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นคิดเป็น 23.1 ครั้ง ส่วนพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของคิดเป็น 10.7 ครั้ง แต่ไม่พบการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ในช่วงเวลา 1 เดือน พบพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ในผู้ป่วยชาย 11 ครั้ง และผู้ป่วยหญิง 2 ครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ศึกษาต่างกัน กล่าวคือในการศึกษาครั้งนี้ หนึ่งในสาม เป็นผู้ป่วยจิตเภทและได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก ในขณะที่การศึกษาของ อการวาลและโรเบอร์ต (Agarwal & Roberts, 1996) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนประมาณ หนึ่งในห้า ของจำนวนผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางการรับรู้ต่อสิ่งเร้า ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ส่งผลให้การควบคุมตนเองของผู้ป่วยสูญเสียไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้สูง (Kaplan & Sadock, 1995)

เมื่อพิจารณาตามเพศยังพบว่าอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยหญิงมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากกว่าผู้ป่วยชาย คิดเป็น 61.8 ต่อผู้ป่วย 100 ราย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะธรรมชาติของเพศหญิงที่ปกติจะเป็นคนพูดเก่งกว่าเพศชายดังนั้นเมื่อมีความเครียด ความคับข้องใจ โกรธ เกิดขึ้นหรือมีภาวะผิดปกติทางจิตใจจะมีการระบายความไม่สบายใจออกมาทางคำพูดได้ง่ายกว่าเพศชาย (Gross, 1992) นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดที่ผู้ป่วยแสดงออกมายังเป็นพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงลักษณะอื่นหรือเกิดพร้อมกันกับพฤติกรรมรุนแรงลักษณะอื่นได้ (Agarwal & Roberts, 1996) ส่วนในผู้ป่วยชายพบว่าอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงด้านร่างกายและทำลายสิ่งของสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากลักษณะของเพศชายมีความแข็งแรงและมีการแสดงออกทางร่างกายมากกว่าเพศหญิงทำให้เมื่อมีความผิดปกติทางจิตใจจึงแสดงออกทางร่างกายได้ง่ายกว่าเพศหญิง (Gross, 1992) ซึ่งเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลมาจากการเลี้ยงดูทำให้บุคลิกภาพ อุปนิสัย ความคิด ความรู้สึกมีความแตกต่างกันจึงส่งผลให้พฤติกรรมรุนแรงแตกต่างกันออกไป (Glazer & Dickson, 1998) นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นและด้านการทำลายสิ่งของ อาจเกิดจาก การขาดสติ ควบคุมตนเองไม่ได้และไม่มีวิธีที่จะสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการขัดเกลาออกมาเต็มที่ และส่งผลในการทำลายบุคคลและสิ่งของ (อุบล นิวัติชัย, 2528)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองเกิดขึ้น ในชาย 11 ราย และหญิง 2 ราย และอุบัติการณ์ในชายมากกว่าหญิง (ตารางที่ 2) โดยในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยชายแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองด้วยการใช้ศีรษะโขกพื้นและจากการชักถาม

จากบุคลากรพบว่า ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและอยู่โรงพยาบาลมานาน มีพฤติกรรมชอบเรียกร้องความสนใจ หงุดหงิดโมโหง่าย และจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาโดยการทำร้ายตนเองได้แก่ ใช้ขวานมีคมกรีดแขน ศีรษะโขกพื้นหรือวัตถุแข็ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาภายนอกให้บุคคลอื่นเห็นแต่จะเก็บกดความรู้สึกไว้ภายในไม่ต้องการแสดงออกหรือระมัดระวังในการแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพราะกลัวการสูญเสียการควบคุมตนเองแต่อาจแสดงออกมาในลักษณะวิตกกังวลหรือไม่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบและถ้าเก็บกดไว้นาน ๆ อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองให้ได้รับการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ (Darcy, 1984)

2. การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะของบุคลากรแต่ละระดับ

ในการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละลักษณะของบุคลากรนั้น พบว่าพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการจัดการทุกวิธีซึ่งเป็นไปตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในขอบเขตการศึกษาครั้งนี้ ในขณะที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่ได้ใช้การฉีดยา

ด้านพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีขอบเขตงานที่กว้างและซับซ้อน รวมทั้งการได้รับการปลูกฝังทัศนคติ จรรยาวิชาชีพและหน้าที่ที่พึงมีต่อผู้ป่วย ตลอดจนการได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วยเชิงบำบัดจึงทำให้มีการใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมาก ซึ่งวิธีการจัดการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงได้ (Dexter & Wash, 1995; Rickelman, 1997) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฟินนิมาและคณะ (Finnema et al., 1994) พบว่า การจัดการที่บุคลากรใช้มากที่สุดคือ การพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยนี้ ต้องเป็นไปในลักษณะไม่ข่มขู่ เปิดเผย พูดซ้ำๆ มีความชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบกับมีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร ไม่พูดด้วยการใช้สายตาจ้องมองไปที่ผู้ป่วยมากเกินไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ ให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้ และเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย (Burrow, 1994; Morrison, 1993; Sclafani, 1986) ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดมากที่สุด (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปโดยยังไม่ได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางการพยาบาลจิตเวช การอบรมที่โรงพยาบาลจัดให้เป็นหลักสูตรระยะสั้นๆ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 3 - 5 วันเป็นเรื่องเกี่ยวกับเทคนิคการดูแล การให้บริการฉุกเฉินตามบัตร ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ไม่ค่อยมีความมั่นใจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาของ สกูลรัตน์ จารสันติกุล (2539) พบว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 95 บอกว่าไม่มีความมั่นใจที่จะบอก ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยเพราะคิดว่าตนเองไม่มีความรู้พอ เกรงจะบอก ผิดและยังคิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ต้องบอกอยู่แล้วจึงทำให้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยกว่าการจัดการวิธีอื่น ๆ

สำหรับด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองนั้น กลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาล เทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพและ พยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจาก การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและเคยผ่านการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษา ตลอดจนการได้เข้าร่วมประชุมวิชาการ การอบรม สัมมนา รวมทั้งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ในการทำงาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จึงทำให้มีการจัดการที่เหมาะสม เพราะบุคคลที่มีประสบการณ์ มากจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจต่อการจัดการ การปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่า คนที่มีประสบการณ์น้อย (Alschul & McGovern, 1985) ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้การนำผู้ป่วย ไปไว้ในห้องแยกและการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ช่วย เหลือคนไข้ไม่มีพื้นฐานความรู้จิตเวชศาสตร์ทำให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยอาศัย การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจากพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคและอาจเกิดจากความ เคยชินที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชมานานหรือเกิดจากการขาดการกระตุ้น แม้ว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ จะได้เข้าร่วมการอบรม แต่การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวทยังคงกระทำตาม ความรู้สึกของตนเอง และอาจเนื่องมาจากความรู้และทักษะที่ได้รับไม่ได้ให้รายละเอียดเพียงพอเท่าที่ ควร อีกประการหนึ่งเนื่องจากโต๊ะทำงานของผู้ช่วยเหลือคนไข้จัดไว้ใกล้ห้องของผู้ป่วยมากกว่าที่ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นผู้ช่วยเหลือคนไข้จะ เป็นบุคลากรที่เข้าไปจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชก่อนบุคลากรระดับอื่นเพื่อจัดการ ให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงและวิธีการส่วนใหญ่ที่ใช้จะเป็นวิธีการที่ต้องการให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรม รุนแรงอย่างทันที ประกอบด้วย การผูกมัดผู้ป่วย หรือการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก ทั้งนี้เนื่องจาก มีผู้ป่วยจำนวนมากและส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยได้ 1 สัปดาห์ จึงทำให้ ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตเฉียบพลันและโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงย่อมมีมากขึ้นและ ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาในแต่ละครั้ง อาจเกิดผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งของ ดังนั้น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำเป็นต้องให้การจัดการอย่างเร่งด่วน ไม่ซับซ้อนแต่สะดวกและรวดเร็ว เพื่อมุ่งเน้นให้มีการหยุดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมากกว่าการจัดการตามลำดับขั้นตอน

ส่วนด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย มากที่สุด (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้จาก สถาบันการศึกษา ทุกคนได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic Communication) โดยการสื่อสารเพื่อการบำบัดนั้น เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การเข้าใจผู้อื่นและ

เข้าใจตนเองโดยอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ การยอมรับนับถือในคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกและแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย (บุญดี เพชรรัตน์, 2539) ส่วนพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการฉีดยาและการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในผู้ป่วยรับใหม่เกือบทุกรายที่มีสัญญาณเตือนว่าจะเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ ตาขวาง กำหมัด ไม่ยอมอยู่โรงพยาบาล พยาบาลเทคนิคอาจใช้การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยก่อนแต่ถ้าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยยังคงอยู่พยาบาลเทคนิคจึงใช้วิธีการให้ฉีดยาทันที เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับของพฤติกรรมรุนแรงลดลงและเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งในการให้ยาผู้ป่วยนั้น ริคเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้กล่าวไว้ว่าในกรณีที่บุคลากรจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการอื่น ๆ ไม่ได้ผลและผู้ป่วยจิตเวชยังมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็วทางกล้ามเนื้อหรือทางเส้นเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง ลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งหลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้ว บุคลากรจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่จะต้องปฏิบัติในการจัดการกับผู้ป่วยและในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า พยาบาลเทคนิคใช้วิธีการฉีดยามากที่สุดในการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงเพราะพยาบาลเทคนิคปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ภายใต้การบริหารจัดการของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้นำในการบริหารสมาชิกภายในทีมให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของแต่ละระดับเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมีโอกาสทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการจัดการน้อยมากเพราะส่วนมากจะทำหน้าที่ในการบริหารบุคลากรในทีมให้มีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าจึงส่งผลให้บุคลากรที่มีระดับรองลงมาประกอบด้วยพยาบาลเทคนิคมีการให้ยาฉีดยามากกว่าพยาบาลวิชาชีพ ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวมีความรุนแรงมากกว่าพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของจึงทำให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีนี้มากกว่าวิธีอื่น อีกทั้งวิธีผูกมัดผู้ป่วยเป็นวิธีที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติได้โดยรู้สึกว่าจะต้องใช้ความรู้หรือทักษะที่ฝึกฝน และเป็นวิธีง่ายสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่จะควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการจัดการโดยวิธีการผูกมัดผู้ป่วยและการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก บุคลากรควรตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีนี้เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจ ต่ำหนิบุคลากร โกรธ วิตกกังวลได้ (Dexter & Wash, 1995) ดังนั้นจึงควรมีการทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมา ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและประเมินว่าเหมาะสมหรือไม่เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวของคุณลักษณะ นอกจากนั้นในผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเป็นบุคลากรที่ไม่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะในการประกอบวิชาชีพจึงไม่สามารถปฏิบัติตามการให้ยาผู้ป่วยได้ตามกฎหมายของวิชาชีพจึงไม่พบการใช้วิธีการนี้ในกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้

นอกจากนั้นด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นไม่พบว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคลากรภายในหอผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาลเดิมอยู่แล้ว และพฤติกรรมรุนแรงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย การศึกษาในช่วง 1 เดือน จึงเป็นช่วงที่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายบุคลากรเกิดขึ้น แต่อาจจะไปพบในช่วงเดือนอื่นๆที่ไม่ได้ทำการศึกษา ดังจะเห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลในตารางที่ 3 ที่พบว่า บุคลากรทั้ง 3 ระดับ เคยถูกผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง มากกว่าร้อยละ 80 ประกอบกับบุคลากรทั้งสามระดับ ส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 60 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรง (ตารางที่ 5) และบุคลากรกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลานานพอสมควร ได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง จึงทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้เหมาะสม ไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นจนทำร้ายร่างกายผู้อื่น ซึ่งจากการศึกษาของ โรเบิร์ต ราฟเฟิล ลอเรนซ์ โอทูลเลย์และโอไบรอัน (Roberts, Raphael, Lawrence, O'Toole & O'Brien, 1997) พบว่า การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นการที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการจัดการที่เหมาะสมจึงควรวางแผนให้มีการจัดการอบรมให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

ส่วนด้านพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ พบว่า ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้การพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีการทำลายสิ่งของไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายจึงทำให้บุคลากรทั้ง 3 ระดับใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากกว่าวิธีอื่น ซึ่ง เคอโลวิช (Kurлович, 1990) ยังได้กล่าวไว้ว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบให้เกียรติยกย่องผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นใจในบุคลากรมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง

จะเห็นได้ว่า การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 4 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช (ตารางที่ 4 ถึง 7) ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการจัดการทุกวิธี โดยใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ถ้าจะพิจารณาตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยก้าวร้าวของ สถาบันสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) นับได้ว่าในการศึกษานี้ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคของหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 และจิตเวชหญิง 1 โดยส่วนใหญ่ ได้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากการพูดคุยกับผู้ป่วยนั้นเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความไม่พึงพอใจและความโกรธ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง นอกจากนี้ เดกซ์เทอร์ และ วอช (Dexter & Wash, 1995) ได้กล่าวว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ ส่วนกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ จะเห็นได้ว่าใช้การจัดการทุกวิธียกเว้นการฉีดยา โดยใช้การใช้นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัด

พฤติกรรมและการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นบุคลากรที่ทางโรงพยาบาลจัดการฝึกอบรมขึ้นมาเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและที่อยู่อาศัย จัดเลี้ยงอาหารผู้ป่วยภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาล ดูแลการหลับนอนของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือในการพยาบาล เช่น ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่ให้หลบหนี ไม่ให้ทะเลาะวิวาท นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรม ตามผู้ป่วยพบญาติ เป็นต้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้จะได้รับการอบรมทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งการใช้คำพูด การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรมและการผูกมัดผู้ป่วย แต่โดยส่วนใหญ่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ก็ยังคงเลือกใช้การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยด้วยวิธีการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรมและการผูกมัดผู้ป่วยจนเกิดความเคยชิน ดังนั้นจึงควรมีการจัดอบรมเพิ่มเติมเพื่อเน้นย้ำให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีการจัดการในวิธีอื่นมากกว่าการใช้การผูกมัดผู้ป่วยและการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรมตามที่เคยปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช