

การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

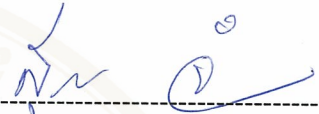
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

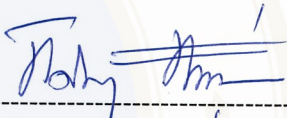
เรื่อง

การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



นางสุดสาคร จำมัน

ผู้ศึกษา



อาจารย์ที่สนา ทวีคุณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กิติ,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

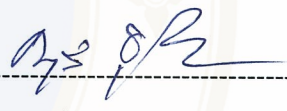
การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

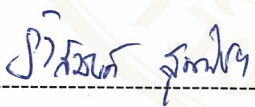
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

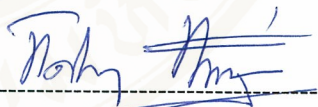
วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2553

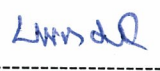

นางสุดสาคร จำมัน
ผู้ศึกษา


ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์ครุณี ทุนหะวัต,
ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


อาจารย์ทัศน ทวีคุณ,
Ph.D. (Nursing).
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.ทัศน ทวีคุณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการ และกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชุณหะวัณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ประธานกรรมการ และกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ แนะนำข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ ติดตามช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอด จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบคุณนายศิริศักดิ์ ชิตติกรรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ นางสาวเบญจวรรณ สามสาลี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล แพทย์หญิงรัชนิกร เอี่ยมผ่อง และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ช่วยเหลือสนับสนุนช่วยค้นคว้าหาตำรา และงานวิจัย เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณบุคคลในครอบครัว นายอาคม จำมัน และบุตรทั้งสองคน (นายสุดจคม และนางสาวอาภากร จำมัน) ที่เป็นกำลังใจมาตลอด และช่วยเหลือทำงานบ้านแทน ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องกับทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวขอให้ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจแข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

สุดสาคร จำมัน

การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

A SITUATIONAL ANALYSIS OF VIOLENT BEHAVIORS IN PSYCHIATRIC PATIENTS AT GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE

สุดสาคร จำมัน 4937566 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ขณะรับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีขอบเขตในการศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ 1) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อม ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช และจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2552 รวมทั้งจากแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศชาย วัยผู้ใหญ่ มีสถานภาพโสด ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค จิตเภท มีประวัติการใช้สารเสพติดและมีประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต ปัจจัยด้านบุคลากรพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้ว่าบุคลากรจะมีความรู้สึกลดภัย และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่ก็ยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า พฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะเกิดในเวรเช้า และเมื่อมีอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล และด้านบริหารทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมรุนแรง / ผู้ป่วยจิตเวช

140 หน้า

A SITUATIONAL ANALYSIS OF VIOLENT BEHAVIORS IN PSYCHIATRIC PATIENTS AT GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE

SUDSAKORN JUMMUNT 4937566 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study analyzed the situations of violent behavior in psychiatric patients at Galya Rajanagarindra Institute. The scope of the analysis was as follows: 1) investigating the incidences of violent behavior in psychiatric patients, and 2) exploring the factors related to violent behavior in psychiatric patients, which could be divided into the three aspects of patient factors, personnel factors, and environmental factors. The retrospective data collection was conducted using data from the registration of psychiatric patients and from reports of the incidences of violent behavior in psychiatric patients admitted at the hospital between May 1, 2008 and April 30, 2009. In addition, nurses and nursing assistants working in the wards were also asked to fill out questionnaires on care of psychiatric patients with violent behaviors. The findings of the study showed that most of the violent behaviors toward others were physical assaults. The patient factors were being male, being in their adulthood, being diagnosed with schizophrenia, having a history of substance abuse, and having history of violent behaviors in the past. As for personnel factors, it was found that most of the staff members of the hospital had been injured by psychiatric patients with violent behavior. Moreover, even though they felt safe and confident to provide care to psychiatric patients with violent behavior, they still felt unsecured having to provide care to this group of patients. Finally, when considering environmental factors, it was discovered that violent behaviors mostly took place during the morning shifts and when there was staff shortage. The findings of this study could be subsequently implemented for nursing care practices, nursing education, nursing research, and nursing administration.

KEY WORDS: VIOLENT BEHAVIORS / PSYCHIATRIC PATIENTS

140 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายพฤติกรรมรุนแรง	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง	8
พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	10
ประเภทพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	14
วงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรง	16
ผลกระทบพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	17
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช	19
การประเมินพฤติกรรมรุนแรง	26
เครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรง	28
การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช	30
ระบบการปฏิบัติการพยาบาลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
กลุ่มตัวอย่าง	44
สถานที่ทำการศึกษา	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	46
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	49
ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการศึกษา	52
บทที่ 5 อภิปรายผล	70
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	78
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	82
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	101
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	130
ภาคผนวก ก	131
ภาคผนวก ข	135
ภาคผนวก ค	138
ประวัติผู้ศึกษา	140

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนครั้งและร้อยละของลักษณะพฤติกรรมรุนแรง จำแนกตาม เพศ และลักษณะพฤติกรรมรุนแรง	53
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	54
3 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร	57
4 จำนวนครั้งและร้อยละของการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดย พยาบาลวิชาชีพ	61
5 จำนวนครั้งและร้อยละของการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดย ผู้ช่วยเหลือคนไข้	62
6 จำนวนและร้อยละของความรู้ที่มั่นใจและความรู้ที่ปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของบุคลากร	63
7 จำนวนครั้งและร้อยละของปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความมั่นใจในการ ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	66
8 จำนวนครั้งและร้อยละปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจลดลงในการให้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	67
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ดึกที่เข้ารับการรักษา เวลา สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมรุนแรงนับเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง คนอื่นและสิ่งของ (กชพงศ์ สารการ, 2542) จากสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 87,776 ราย (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องมาจากมีอาการทางจิต เช่น มีความคิดหลงผิด หวาดระแวง ทำทางไม่เป็นมิตร มีพฤติกรรมแปลกประหลาด เอะอะ อาละวาด วุ่นวาย แยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมามีความน่ากลัวซึ่งพฤติกรรมรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) นอกจากนี้ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงยังคงมีอยู่และส่งผลกระทบต่อหลายๆ ด้าน โดยที่ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่การที่ผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บหรือถ้ามีความรุนแรงอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ส่วนผลกระทบต่อผู้อื่น ได้แก่ การที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอื่นและบุคลากรที่ให้การดูแล (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) ซึ่งสาเหตุของการที่บุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้ายเกิดจากการเข้าไปจัดการกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้สึกลัว โกรธ อยากหนีไปจากที่ทำงาน เสียขวัญและกำลังใจในที่ปฏิบัติงาน (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541) นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงยังส่งผลกระทบต่อสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยทำให้เกิดความเสียหายด้วยเช่น เติงนอน แก้ว และ ภาชนะใส่อาหาร เป็นต้น (Tam et al., 1996)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชขณะที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยพบว่า พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่จะพบในผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้คือ

เป็นเพศชาย (Spiessl et al., 1998: สาลิกา ไคว้บุญงาม, 2550) มีอายุน้อย (Tardiff et al., 1997) มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Swanson et al., 1990) มีประวัติความรุนแรงในอดีต (Anderson et al., 2004) มีประวัติความขัดแย้งภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกไม่ดี ขาดความรักและความอบอุ่น (วัลลิ ธรรมโกสิทธิ์, 2550) มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ (Borum et al., 1996) มีการเรียนรู้บกพร่อง (Hassiotis & Hall, 2004) มีการใช้สารเสพติด (Steadman et al., 1998) หรือขณะอยู่ในช่วงถอนยาโดยเฉพาะสุราและ แอมเฟตามีน (วสุ จันทรสักดิ์, 2543) และโรคทางจิตเวชบางโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉียบพลันที่มีอาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงมาสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าผู้อื่น มีความคิดหลงผิดหวาดระแวง กลัวคนทำร้ายและอยู่ในภาวะสับสน (ดวงตา กุรัตนญาณ, 2541) ผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์แปรปรวน โดยเฉพาะในระยะอารมณ์คลั่ง ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (กชพงศ์ สารการ, 2542) นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ได้แก่ ลักษณะบุคลิกของผู้ดูแล เช่น เพศของบุคลากร ประสิทธิภาพการดูแลของบุคลากร และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย (Hahn et al., 2006) นอกจากนี้ความรุนแรงในผู้ป่วยอาจเกิดจากลักษณะการปฏิบัติงานที่รีบเร่งของบุคลากร ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีต่อผู้ป่วย เช่น การเพิกเฉย ไม่รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ใช้เสียงดัง แสดงความมีอำนาจ ออกคำสั่งกับผู้ป่วย (Borrow, 1994 อ้างใน สุรัช สุนันดา, 2545) อีกทั้งการที่สัดส่วนของบุคลากรไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงได้ (Hahn et al., 2006) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่เสียงรบกวนจากภายนอกตึกผู้ป่วย สภาพภายในหอผู้ป่วยที่มีอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว ผู้ป่วยมีจำนวนมากเมื่อเทียบกับขนาดของหอผู้ป่วย กฎระเบียบที่เคร่งครัดเกินไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงได้ (Chou et al., 2002; Vanderslott, 1998)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นำมาสู่การหาวิธีการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และการจัดการเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือด้านตัวผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในด้านตัวผู้ป่วย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมีหลายวิธี เช่น การพูดคุย การใช้ยา รวมไปถึงการผูกข้อมือ การใช้ห้องแยก การลดสิ่งกระตุ้น (Foster, Bowers & Nijman, 2007) อย่างไรก็ตามวิธีการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับประเมินสถานการณ์ของบุคลากรที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งแต่ไม่รุนแรง การจัดการอาจใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาอย่างต่อเนื่องและหลายพฤติกรรมเป็นเวลานาน ต้องใช้วิธีการจัดการหลายวิธีร่วมกัน เพื่อลดระดับของพฤติกรรมรุนแรง (Harris &

Rice, 1997 อ้างในกษพงศ์ สารการ, 2542) ตัวอย่างเช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ พาผู้ป่วยไปยังที่สงบ เบี่ยงเบนความสนใจ แนะนำให้เล่นเกม เล่นกีฬา หรือเดินเล่น เป็นต้น (Finnema et al., 1994) การจัดการด้านบุคลากร ได้แก่การพัฒนาความรู้ ทักษะการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยการจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคลากร ส่งผลให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและมีแนวทางในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Roberts, Raphael, Lawrence, O' Toole, & O' Brien , 1997; เบนจุมพร บัวหลวง, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าด้านสิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญอีกด้านหนึ่งในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้มีความสะดวกต่อการทำงาน อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผูกยึด ยาและอุปกรณ์ในการให้ยาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนการจัดวางโต๊ะทำงานให้อยู่ในบริเวณที่มองเห็นผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Morrison, 1993; Sclafani, 1986)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้บริการระดับตติยภูมิในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการครอบคลุมถึงผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม ซึ่งหน่วยงานราชการหรือญาตินำส่งเพื่อรักษาและตรวจวินิจฉัย นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีคดีที่เกี่ยวข้องกับการใช้พฤติกรรมรุนแรงเป็นที่สะท้อนขวัญสำหรับประชาชนและมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีรายงานพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจำนวน 73 ครั้ง ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ป่วยอื่นจำนวน 46 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจำนวน 11 ครั้ง ทำร้ายเจ้าหน้าที่จำนวน 11 ครั้ง และทำลายทรัพย์สินจำนวน 5 ครั้ง ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นสถิติที่ค่อนข้างสูง ส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่น และยังก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยที่ผ่านมาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้บุคลากรทางการพยาบาลขาดความตระหนักในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย และยังได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงถึงแม้ว่าเคยผ่านการอบรม

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงมาก่อนก็ตาม ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ผู้ศึกษา มีความเข้าใจถึงสถานการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรง ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน อีกทั้งส่งเสริมให้ บุคลากรมีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ขณะเข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีขอบเขตการศึกษาในประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. ศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการใช้สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรงในอดีต 2) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อัตรากำลังของบุคลากร เวลา และสถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาทางคำพูด ทางสีหน้า ท่าทาง อากัปกริยาหรือทั้งสองอย่างที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากร หมายถึง การปฏิบัติการช่วยเหลือของบุคลากรซึ่งรวมถึงพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่กระทำต่อพฤติกรรม

รุนแรงของผู้ป่วย ประกอบด้วย ประกอบด้วย (1) ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ (2) การพูดคุยกับผู้ป่วย (3) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (4) จับหรือคว้าผู้ป่วยไว้ก่อน (5) ให้ยารับประทานทันที (6) ให้ยาฉีดทันที (7) แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม (8) นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก และ (9) ใช้การผูกข้อมือ

ปัจจัยด้านผู้ป่วย หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค สถานที่เข้ารับการรักษา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการประกอบอาชญากรรม

ปัจจัยด้านบุคลากร หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งในการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การเข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และการนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย

ความรู้สึกรับผิดชอบและความรู้สึกปลอดภัยในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร หมายถึง ความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลง การมีส่วนร่วมยับยั้งพฤติกรรมรุนแรงโดยวิธีการผูกข้อมือ สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ความมั่นใจในความสามารถของผู้ร่วมงาน การดูแลความปลอดภัยของท่านและ ความปลอดภัยเมื่อปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความมั่นใจและลดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ เวลา และสถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้างานวิจัย บทความ ตำรา และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถทบทวนเป็น องค์ความรู้ได้ดังต่อไปนี้

ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ประเภทพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

วงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ผลกระทบของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

การประเมินพฤติกรรมรุนแรง

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรง

การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ระบบการปฏิบัติการพยาบาลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรม และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง มีนักวิชาการ หลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; อ้างในรัชชัย คงสมกรณ์, 2549) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง คือการจงใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อกลุ่มบุคคลอื่นหรือชุมชน ซึ่งมีผลทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะมีผลให้เกิดการบาดเจ็บ ตายหรือเป็นอันตรายต่อจิตใจ หรือเป็นการยับยั้งการเจริญงอกงาม หรือการกีดกัน หรือปิดกั้นทำให้สูญเสียสิทธิบางประการ และขาดการได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมนัส สูงประสิทธิ์ (2548) ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง คือ การกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือทรัพย์สินได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง คือ การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว เพื่อการทำลายซึ่งเป็นผลกำลังของร่างกายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งของ

สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นการกระทำเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกที่ก้าวร้าว มีผลให้การกระทำความก้าวร้าวรุนแรงก้าวร้าวคนอื่นทั้งทางคำพูด และการกระทำ

Gunn (1973) ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยการทำร้าย เอะอะอาละวาด

Mc Farland & Thomas (1990) ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นการแสดงออกเป็นผลมาจากอารมณ์โกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น

Rosen & Digiacomio (1978) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมรุนแรง จะแสดงออกโดยการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น

Videbeck (2001) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นการแสดงออกของแรงขับ เพื่อการทำลาย ซึ่งการแสดงออกของแรงขับนี้มุ่งทำลายสิ่งของ บุคคลอื่น รวมถึงญาติพี่น้องในครอบครัวเดียวกัน และตนเอง

Irwin (2006) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมรุนแรง คือการถูกทำร้ายทางด้านร่างกายและวาจา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับรูปแบบและพฤติกรรมอื่นที่แสดงออกทางด้านอารมณ์สามารถทำให้นบุคคลเกิดการบาดเจ็บทางด้านร่างกายและจิตใจ

สรุป พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การแสดงออกทางด้านอารมณ์หรือการกระทำของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาทางคำพูด ทางสีหน้า กิริยาท่าทาง หรือทั้ง

สองอย่างที่มีผลกระทบต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีแนวคิดและทฤษฎีที่สามารถอธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้ นอกจากนี้ยังมีนักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงไว้หลากหลาย สรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีชีวภาพ (Biochemistry theory)

จากการศึกษาพบว่าสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมองผิดปกติสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ตัวอย่างเช่น สาร Serotonin ในสมองมีระดับต่ำกว่าปกติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง (Videbeck, 2001) การพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง สัมพันธ์กับระดับ 5 hydroxyindoleacetic acid ในน้ำไขสันหลังต่ำโดยเฉพาะผู้ป่วยที่แขวนคอตาย กระโดดน้ำตาย ยิงตัวตาย หรือฉีกเนื้อร่างกายเป็นแผลลึกเหวอะเหว นอกเหนือการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอาจเกิดจากการหลั่ง Norepinephrine มากกว่าปกติ จากการศึกษาของกลาเซอร์ และดิกสัน (Glazer & Dickson, 1998) พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอัตราการเผาผลาญของ Dopamine มากกว่าปกติ

กรรมพันธุ์ (Genetic) มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาของเชียวี เทียลการ์ด และโอเวน (Schiavi, Theilgaard & Owen, 1984) สรุปไว้ว่าการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอาจเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมเพศ โดยเฉพาะความผิดปกติของ XYY โครโมโซมในเพศชาย ซึ่งเป็นโครโมโซมชายชนิดพิเศษ (Extra Y chromosome) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนในร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ตัวอย่างเช่นในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศอย่างมาก (เจตน์ภาดา นาคบุตร, 2547) ในเพศชายที่มีระดับฮอร์โมน Testosterone มากกว่าระดับปกติ ส่วนในผู้หญิงอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ลดลงต่ำกว่าระดับปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยก่อนหมดประจำเดือน (Videbeck, 2001) รวมทั้งในผู้ที่มีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย หรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล เช่นในภาวะที่มีไข้อู้งหรือพิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป กลุ่มที่มีความเครียด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ (เจตน์ภาดา นาคบุตร, 2547)

ส่วนด้านสรีรวิทยาของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของสมอง จากการกระทบกระเทือนของสมองอย่างรุนแรงและหมดสติเป็นเวลานาน ก่อนที่จะรู้ตัวจะมีอาการงุนงง สับสน ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่รุนแรงและเป็นอันตรายได้ และเมื่อรู้สติผู้ป่วยจะจำอะไรไม่ได้เลย การมีรอยโรคลมชักชนิด Temporal Lobe Epilepsy ซึ่งไปมีผลต่อสมองส่วนHypothalamus และ Amygdala ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Garza Trevino, 1994)

นอกจากนี้ผู้ที่มีการเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นอาจเกิดจากการใช้สารเสพติดหรือได้รับพิษจากยา เช่น พิษจากยาแอมเฟตามีน ในผู้ที่ใช้สารนี้ขนาดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ โดยจะมีอาการพลุ่งพล่าน ขาดความยับยั้งชั่งใจซึ่งนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ อีกทั้งยังพบในผู้ที่ติดสุราโดยเฉพาะในช่วงต้นของการเมาสุรา หรือจากโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งอยู่ในระยะถอนพิษสุราเกิดจากสภาวะเพ้อคลั่งร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่เสียไป สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลที่ดื่มสุราจะเป็นผู้ที่ต่อสู้กับความเครียดด้วยการแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่นเดียวกับการศึกษาของริชาร์ด (Richard, 1985) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุราและพฤติกรรมข่มขืนในนักโทษที่มีคดีข่มขืน พบว่านักโทษกลุ่มนี้ขณะกระทำผิดดื่มสุราและเป็นผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง อย่างไรก็ตามอาการเป็นพิษ (Intoxication) จากยา Benzodiazepine และยานอนหลับ (sedative) ไม่ก่อให้เกิดความรุนแรง แต่การหยุดใช้ยา Benzodiazepine ชนิดที่มีอายุครึ่งชีวิตสั้นอย่างกะทันหันจะก่อให้เกิดอาการถอนเฉื่อยง่าย (ธีระ ลีลาพันธ์, 2541) หรือผู้ป่วยที่รับประทานยาเกินขนาดจะมีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงขึ้น (เจดน์ภาดา นาคบุตร, 2547)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

จากการศึกษาการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลนั้นเกิดจากการสังเกต และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งที่ได้รับภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมรุนแรงแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคม และประสบการณ์ในอดีต (Bandura, 1973) เชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ของมนุษย์ เช่นเดียวกับพฤติกรรมอื่น ๆ ถ้าพิจารณาตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในครอบครัว บุคคลมีการแสดงความก้าวร้าวเกิดขึ้นภายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวเหล่านี้จะได้รับประสบการณ์ชีวิตที่มีการใช้ความรุนแรง ซึ่งความรุนแรงนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว และเมื่อถูกกระทำความก้าวร้าวซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำความก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น โดยเฉพาะเมื่อมีความวิตกกังวลความคับข้องใจและความขัดแย้งใจ บุคคลจะมีการเผชิญปัญหาด้วยความก้าวร้าวทั้งทางคำพูดและท่าทาง นอกจากนั้นในการใช้สื่อในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับอิทธิพลของความก้าวร้าว เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ หรือ วิดีโอเกมส์ เป็นต้น ซึ่งสื่อต่างๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลเกิด

การเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามทั้งเจตนาและไม่เจตนา ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ (Johnson, 1997)

ทฤษฎีกระบวนการความคิด

จากการศึกษาของ Novaco (1976) ชี้ให้เห็นว่า ความรุนแรงนั้นเกิดจากกระบวนการความคิด โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคาม กระบวนการความคิดจากการประเมินนี้นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beck (1998) ได้กล่าวถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงว่า อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือสะสมแบบแผนมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มตั้งแต่บุคคลรู้สึกที่ตนเองถูกคุกคาม หรือมีความต้องการในบางสิ่งแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีตัวตนหรืออาจเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดในผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้นจะเริ่มมีความเครียดความวิตกกังวล ถ้าความรู้สึกนี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดความโกรธ ถ้าได้ระบายออกมาด้วยคำพูดจะทำให้ความเครียดลดลง ความโกรธจะหายไปแต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีความรู้สึกต้องการอำนาจ มีความรู้สึกไม่มั่นคงไม่เพียงพอต่อต้าน ปฏิเสธความโกรธ ทำให้ความโกรธไม่ได้ระบายออกยังคงอยู่ภายในจิตใจบุคคลนั้น และทวีความรุนแรงขึ้นเป็นความอาฆาตแค้น ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องอีก ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา (อนุชิต พิมสิม, 2548)

ทฤษฎีทางสิ่งแวดล้อม (Environmental theory)

จากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปที่สนับสนุนทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงพบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย หรือชุมชนที่แออัด ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาชญากรรม มีการใช้ยาเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนไม่ได้รับการศึกษาที่เพียงพอ หรืออยู่ในภาวะตกงาน สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้ (Johnson, 1997)

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผู้ที่ศึกษาหลายๆ ท่านได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองต่อผู้อื่น และทำลายสิ่งของรวมทั้งทางคำพูด ซึ่งการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยจิตเวช ดังต่อไปนี้

โรคจิตเภทเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่นและอาจมีอาการ Panic อย่างรุนแรงร่วมกับมีภาวะสับสน ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวง (Paranoid) อย่างเฉียบพลัน มักจะมีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหูซึ่งไม่เคยเกิดมาก่อนทำให้ผู้ป่วยสับสนและเกิดความกลัวมาก และอาการประสาทหลอนเหล่านี้มักจะเป็นสิ่งแปลกประหลาดน่ากลัวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองตกอยู่ในอันตราย จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายนั้น จากการศึกษาของ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2539) และวิลสัน และเนสส์ (Wilson & Kneisl, 1996)

จากการศึกษาของทาร์ดีฟ และคณะ (Tardiff et al., 1997) ในแพนน์ 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 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประสาท อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชกับอาชญากรรมรุนแรง โดยศึกษาผู้ป่วยคดีที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวชจำนวน 183 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการกระทำผิด ได้แก่ การมีประวัติทางจิตในครอบครัว มีอาการทางจิตขณะประกอบคดี และมีสาเหตุกระตุ้นจากภายนอก

จากสถิติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ พบว่าในปีงบประมาณ 2548 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในทั้งหมดจำนวน 1,123 ราย เป็นจิตเภทจำนวน 582 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.9 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทำลายทรัพย์สินและทำร้ายผู้อื่นมีจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 14.43 และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีจำนวนมาก ส่งผลที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ (ผ่องพรรณ ภาโว, 2550)

โรคอารมณ์แปรปรวน (Affective disorders) ในระยะอารมณ์คลั่ง ช่วงอาการเมเนีย (Mania) แม้ว่าจะมีอาการที่ดีมาก ครั้นแรง พุดจามีอารมณ์ขัน ล้อเลียนผู้อื่น รู้สึกคึกคักตลอดเวลา ไม่สำรวมมีการแสดงของอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ หากถูกปรามหรือขัดขวางในสิ่งที่ตนต้องการ จะแสดงลักษณะอารมณ์ที่เด่นชัดเป็นแบบหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย จะมีอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนรวดเร็วตามสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวขณะนั้น มีอาการกระวนกระวายร่วมด้วยมักมีความเสี่ยงสูง ทั้งการฆ่าตัวตายเอง และการกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น (พจนาน กนิษฐิสุตและคณะ, 2540) กระบวนการคิดของผู้ป่วยจะเร็วมาก ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ คำพูดจึงเร็วตามและขัดจังหวะได้ยาก ผู้ป่วยพูดมากจนรบกวนและทำความรำคาญแก่ผู้อื่น ผู้ป่วยมีอาการรอกแวกง่าย

ยังมีอาการคลังรุนแรง คำพูดจะดังขึ้นและเร็วขึ้นอย่างมากจนยากต่อการเข้าใจ ขณะอยู่ที่บ้านผู้อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นเดียวกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดโกรธง่ายบ่อย แม้มีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อย บางครั้งมีอาการก้าวร้าวจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น (เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัปสร ชานวิทิตกุล (2549) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดการแสดงความโกรธโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ภายหลังได้รับโปรแกรมควบคุมความโกรธน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมควบคุมความโกรธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อัปสร ชานวิทิตกุล, 2549)

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย ไม่สดชื่น มักจะมองโลกในแง่ร้าย มองชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า ดังนั้นการเกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือการทำร้ายบุคคลอื่นในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้านั้น สถานการณ์พยากรณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงนี้ได้ถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระดับปานกลางหรือระดับรุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์ และคณะ (2547) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า 18.5 เท่า และ สุภรัตน์ เอกอัสวิน (2545) ยังพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย คือ ภาวะซึมเศร้า และด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (ครุณี เลิศปรีชา, 2545) นอกจากนี้โรเซนบอมม์ และ เบนเน็ต (Rosenbaum and Bennett, 1986) ได้ศึกษาผู้ป่วยอารมณ์เศร้า (Depression) ที่ก่อคดีฆาตกรรม 6 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีอารมณ์เศร้าที่ไม่ได้ก่อคดีฆาตกรรม 75 ราย ข้อมูลเบื้องต้นเสนอแนะว่าภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเป็นเหตุให้ก่อคดีฆาตกรรมมีความน่าจะเป็นไปได้มากกว่ามีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ในวัยเด็กได้รับการทารุณร่างกาย ใช้สุราหรือยา และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้ก่อคดี ในผู้ป่วยก่อคดีฆาตกรรม อารมณ์เศร้าจากเหตุการณ์กระตุ้นความเป็นไปได้น่ามากกว่าเป็นความไม่ซื่อสัตย์ทางเพศทั้งที่เป็นเรื่องจริงและจินตนาการ

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมอง (Organic brain syndrome) Lewis และคณะได้ทำการศึกษาในวัยรุ่นที่ก่อคดีฆ่าผู้อื่น จะมีลักษณะความผิดปกติของสมอง มีสติปัญญาต่ำ (Low IQ) เป็นโรคจิต (Psychosis) ซึ่งเชื่อมโยงกันมากที่สุด ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเพิ่มขึ้นคือ สูญเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล และสูญเสียความทรงจำในระยะใกล้ มีประสาทหลอนทางตา ส่วนในผู้ป่วยลมชัก (epilepsy) ผู้ป่วยประเภทนี้อาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตลอดจนถึงพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยโรคลมชัก มักจะเป็นอันตราย

น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนข้าง (Temporal lobe) ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองเหมือนผู้ป่วยโรคจิตแบบอื่นๆ (อนุชิต พิมลิม, 2548) และผู้ที่มีภาวะเนื้องอกในสมอง ฝืนสมอง หรือสมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง และหมดสติเป็นเวลานาน หลังจากนั้นมักแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527; กชพงศ์ สารการ, 2542)

ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) ชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial หรือ Psychopathic personality) ผู้ป่วยพวกนี้ไม่สามารถจะอยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคมได้ มีพฤติกรรมแบบกะทันหัน (impulsive) ซึ่งมีลักษณะอันธพาล ก้าวร้าว อารมณ์ฉุนเฉียวโกรธง่าย มีความหุนหันพลันแล่นสูง มีความรู้สึกผิดน้อย หรือไม่มีเลยเมื่อกระทำผิด อันเนื่องมาจากการขาดความอบอุ่นในวัยเด็ก พวกเขาได้รับการเรียนรู้ที่ผิดไม่สามารถควบคุมความต้องการของตนเองได้ มักจะแสดงการตัดสินใจที่ไม่ดี ไม่ให้ความร่วมมือกับสังคม การตัดสินใจไม่ถูกต้องมักทำผิดกฎระเบียบเสมอและเมื่อเกิดปัญหามักจะหาเหตุผลอ้างให้ตนเอง มักจะชวนทะเลาะวิวาทขาดวินัยในการอยู่ร่วมกัน ในเด็กจะพบมีประวัติเกเร หนีโรงเรียน มีประวัติทางคดีถูกจับ ชอบหนีออกจากบ้าน พุดจาโกหก ทะเลาะวิวาท ลักษณะ ก้าวร้าว ดื้อยาเสพติดหรือสุรา มีกิจกรรมทางเพศเร็วและสำส่อน เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังมีพฤติกรรมดังกล่าว ไม่รับผิดชอบครอบครัวล้มเหลวในการทำงาน ไม่มีความรักหรือความอบอุ่นให้กับใคร ไม่มีความรู้สึกเป็นมิตรหรือเข้าใจในตัวคนอื่น นอกจากนี้ความผิดปกติของบุคลิกภาพจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของอาชญากรรมในผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาชญากรรมรุนแรงที่พบในผู้ป่วยจิตเภท จะพบลักษณะบุคลิกภาพต่อต้านสังคมก่อนที่จะมีอาการป่วยทางจิต (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2544)

ผู้ที่ติดสุราและยาเสพติด (Alcohol and drug dependence) ภาวะเป็นพิษจากสุรา ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจในขณะที่มีอาการมึนเมา อาจจะนำมาซึ่งการโจมตีผู้อื่นในที่สาธารณะพบว่าร้อยละ 29 ของผู้กระทำความผิดคืออาชญากรรมร้ายแรง เช่น ฆาตกรรม ข่มขืน กระทำชำเรา จะพบว่า พวกนี้ดื่มสุราหรือเป็นโรคจิตเนื่องจากพิษสุรา ซึ่งทำให้ผู้ดื่มกระทำผิดได้ง่าย เพราะการควบคุมตนเองเสียไป ไม่มีคุณธรรมขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดต่ำลงและการกระทำผิดมักรุนแรง ในผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาปิ 2541 อาการที่พบคือ ความหลงผิดชนิดหวาดระแวงร่วมกับอาการประสาทหลอน เข้ามารับการรักษาเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงถึงขั้นทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น และเป็นสาเหตุของอาชญากรรมอีกด้วย (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) ผู้ที่ติดยาเสพติด เช่น เฮโรอีน โคเคน แอลเอสดี กัญชา จะกระทำได้ง่าย เพราะขาดความยับยั้งควบคุมจิตใจ การได้ยามาเป็นสุขดยอดปรารถนาจึงทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เงินซื้อยาเสพติด อาการที่ควบคุมคือนอนไม่หลับ หวาดระแวง วิตกกังวล กระสับกระส่าย มีหู

แหว่ แปลภาพผิด กลัวคนจะมาทำร้าย สภาพจิตใจที่ผิดปกติเช่นนี้เป็นอันตรายอย่างยิ่งเพราะอาจจะทำร้ายหรือฆ่าผู้อื่นด้วยความหลงผิดได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ประเภทพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ประเภทของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมีหลากหลายพฤติกรรมทั้งด้านคำพูดและการกระทำ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปสู่การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช และการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป ได้มีผู้แบ่งประเภทของพฤติกรรมรุนแรงได้ดังนี้

ยูคอฟสกี และคณะ (Yudofsky et al., 1986) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (Verbal violent behavior) ประกอบด้วย การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกคนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเชื่อนี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามว่าจะทำร้าย
2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกาย (Physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม สีรษะ โขกพื้น กำปั้นขก สิ่งของกระแทกตัวเองกับผนังห้องมีรอยฟกช้ำบวมหรือรุนแรงจนกระดูกหักมีบาดแผลลึก
3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น (Physical violent behavior against other people) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ชกตอย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวมหรือรุนแรงจนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก
4. พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเข่าประตุ นึกเสื้อผ้าไม่รักษาความสะอาดสกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง จี๊ดเขียนฝาผนังห้อง ทูบกระจก

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีสีหน้าบึ้งตึง แหว่ตาไม่เป็นมิตรแสดงท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวายอยู่นิ่งไม่ได้ พูดโต้ตอบด้วยเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ชูตะคอก ทะเลาะวิวาท ชกตอยทุบตี ทำลายข้าวของ ละเมิดสิทธิผู้อื่นหรือทำร้ายตนเองและผู้อื่น

วาสนา แกล้มเขตร (2544) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรง ออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การกระทำรุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การพูดหยาบคาย คำสาปแช่ง การแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคลหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุ การมีอารมณ์หงุดหงิดมากกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ อาละวาดทำอันตรายต่อบุคคลอื่น สัตว์หรือทำลายสิ่งของ เป็นต้น

2. การกระทำรุนแรงที่มุ่งเข้าหาตนเอง เช่นการใช้คำพูดตำหนิตนเอง การทำร้ายตัวเอง เช่น การไม่รับประทานอาหาร การรับประทานยาเกินขนาด กรีดข้อมือตนเอง จนถึงการทำตัวตาย เป็นต้น

จิตจำนง ผลพฤษยา (2541) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมรุนแรงไว้เป็น 3 ลักษณะคือ

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์หงุดหงิดรำคาญ ขาดความอดทน อยู่หนึ่งไม่ได้ อารมณ์ลึกลับ มีท่าทางแสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตรไม่พอใจเจ็บแค้นผิดปกติ ปฏิเสธความจริงมีความกลัว มีความวิตกกังวลสูง

2. ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ รู้สึกตัวเองซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

3. ด้านพฤติกรรมทั้งคำพูดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพูดตำหนิ ดิถีน วาพกษัวิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย คอแห้ง ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่ดี ไม่สนใจเรื่องของการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโตน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางอารมณ์สูง พบทำลายสิ่งของเครื่องใช้หาเรื่องวิวาท ใช้ยาฆ่าฟันเพื่อย ชกต่อยทุบตี ใช้อารมณ์ทำร้ายผู้อื่น

กขพศ์ สารการ (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง จำนวน 149 คน กลุ่มที่สองเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง จำนวน 45 คน พบว่า ร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะของบุคลากรแต่ละระดับพบว่า พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ซัดมากที่สุด

สุพัฒนา เชาตวิงศ์ ณ อยุธยา (2536) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชโดยทั่วไปจะมีการแสดงอาการมากกว่าหนึ่งพฤติกรรมขึ้นไป ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าหนึ่งลักษณะ ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้หลายลักษณะ เช่น พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และโดยส่วนใหญ่มักมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดร่วมด้วย (Dexter & Wash, 1995; Yudofsky et al., 1986)

Chou et al., (2002) ทำการศึกษาปัจจัยที่ตรงกับปัญหาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จู่โจมในหอผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลได้หวัน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

ที่หอผู้ป่วยวิกฤติ และเพื่อตรวจสอบหาปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และพยาบาลกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยแสดงออก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 855 ราย เก็บในโรงพยาบาล 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจู่โจมทำร้ายร่างกายมากที่สุด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายคนอื่น 473 รายคิดเป็นร้อยละ 55.3 พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.1 พฤติกรรมก้าวร้าวด้นคำพูด 176 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.6 ผู้ป่วยจิตเวชชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิง แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้นคำพูดมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชชาย

เจตนัภาดา นาบุตร (2547) ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและศึกษาผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง สถานที่ศึกษาหอผู้ป่วยชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งผลจากการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด จำนวน 13 ราย ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นพบมากที่สุดคือพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 69.24) รองลงมาคือพฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 2 รายและพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 15.38 และร้อยละ 15.38)

สรุป ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชก็คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทันทีทันใดที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือสิ่งของเสียหาย พฤติกรรมนั้นอาจจะแสดงด้วยคำพูด หรือการกระทำ ได้แก่ คำพูดจาหยาบคาย ชูตะคอก ชกต่อย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ชกตีตัวเอง ทบทำลายสิ่งของ บางรายอาจมีอาการแสดงมากกว่าหนึ่งพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกาย พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ

วงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ธีระ ลีตานันทกิจ (2541) ได้แบ่งวงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้ 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 มีสิ่งที่มากระตุ้น (Triggering event) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ได้ มีผลส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของร่างกาย เช่น การมีภาวะหิวแหว่ เสียงดุด่า หวาดระแวงกลัวคนทำร้าย

ระยะที่ 2 ระยะที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น (Escalation phase) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น บางคนก็อาจจะควบคุมและจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวายใจเคลื่อนไหวมากขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤติ (Crisis phase) ถ้าไม่มีการช่วยเหลือในระยะที่ 2 หรือช่วยเหลือไม่สำเร็จ ก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามมา มีการแสดงออกทางร่างกายและการกระทำที่รุนแรงจะสูญเสียการควบคุมตัวเอง

ระยะที่ 4 เป็นระยะฟื้นสู่สภาวะปกติ (Recovery phase) ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลสามารถควบคุมตัวเองได้ ร่างกายเริ่มเข้าสู่การผ่อนคลาย

ระยะที่ 5 ระยะหลังภาวะวิกฤติ (Post-crisis depression phase) ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการสงบลงมาก บางคนอาจนอนหลับ ระยะนี้ควรใช้การพูดคุยเป็นรายบุคคล ค้นหาว่าอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้น ในระยะนี้ถ้าการช่วยเหลือไม่เหมาะสมสามารถกลับสู่ภาวะวิกฤติได้อีก

นอกจากนี้ ไวเบค (Videbeck, 2001) ได้กล่าวถึง การประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการประเมินจากอาการ และอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าวคือ

- 1) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แหวดไม่เป็นมิตร
- 2) การเคลื่อนไหวและการกระทำ การกระวนกระวายอยู่นิ่งไม่ได้ กระแทก หรือกระทำด้วยความรุนแรง
- 3) การแสดงออกทางคำพูด เช่น เงียบเฉยผิดปกติ ได้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน พูดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ คำหิเดียน
- 4) มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างมาก

จะเห็นได้ว่าการประเมินพฤติกรรมรุนแรงในหลายรูปแบบที่แตกต่างกันไป การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่แสดงออกมา เพื่อทำความเข้าใจอาการ และการแสดงสาเหตุที่แท้จริง และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งทำให้บุคลากรมีการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลกระทบของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกนั้น ย่อมมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองหรือบุคลากร และต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่ว่าจะแสดงออกทางคำพูดหรือการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และการทำลายสิ่งของ มักเป็นปัญหาอย่างยิ่งซึ่งผู้ศึกษาได้รวบรวมไว้ดังนี้

ด้านผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากสภาพจิตใจหรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดปัญหาตามมา ผลกระทบทางร่างกาย ได้แก่ ตัวผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บหรือถ้ารุนแรงอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545; Cardwell, 1984) หรือเป็นที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยอื่นและต่อทรัพย์สินเสียหาย ส่วนผู้ป่วยอื่นจะทำให้รู้สึก

ไม่ปลอดภัยกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย และอาจนำมาซึ่งก่อให้เกิดอาชญากรรมที่รุนแรงตามมาได้ ผลกระทบทางจิตใจและพฤติกรรมพบว่า บางรายแสดงพฤติกรรมเป็นอันธพาล รังแกทำร้ายคนอื่น โดยเฉพาะคนที่อ่อนแอกว่า มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอีกด้วย บางคนเก็บกด แยกตัว ทำร้ายตนเอง ผลกระทบทางสังคม ผู้ป่วยพวกนี้มักจะถูกชักจูงได้ง่ายนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรมหรือโอกาสในการที่จะทำผิดกฎหมายได้สูงมาก ซึ่งกระทบกระเทือนต่อสวัสดิภาพของสังคม นำไปสู่ความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนได้ (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541)

ด้านบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มักจะถูกผู้ป่วยทำร้าย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นขณะที่เข้าไปให้การพยาบาลกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ฉีดยา หรือเข้าไปผูกมัดผู้ป่วย (Lewin et al., & Misner, 1998) ทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกกลัว โกรธ เสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน บางครั้งอยากลาออกจากงาน (ธีระ ลีลานั้นทกิจ, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rose (1992) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคลากรในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซนต์เจมส์ ประเทศไอร์แลนด์ พบว่า หลังจากบุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมีความวิตกกังวล กลัวว่าจะถูกทำร้ายซ้ำของบุคลากร มีสูงร้อยละ 91 และร้อยละ 36 หลังเกิดเหตุบุคลากรมีความต้องการลาพักผ่อนหรือลาป่วย และอยากลาออกจากงาน นอกจากนี้บุคลากรบางคนไม่หยุดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเกรงจะเกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) หากไม่สามารถจัดการกับผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดความเครียดกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอื่น บุคลากรและทรัพย์สิน นอกจากนี้ความเครียดของบุคลากร ยังส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยคือ ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ความเครียดทำให้เกิดอารมณ์โกรธ ด้วยการหลีกเลี่ยงการดูแลหรือทำโทษผู้ป่วย หรือเกิดความผิดพลาดมากขึ้น อาจเนื่องมาจากสาเหตุที่บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพในการทำงานจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทางด้านความรู้ และทักษะ โดยการจัดการอบรมเพิ่มเติมจะทำให้ผู้อบรมมีความรู้และทักษะความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับลึกซึ้งยิ่งขึ้น ดังนั้นความรู้และทักษะจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจากการศึกษาของโรเบิร์ต ราฟเฟิล ลอเรนซ์ โอทูลและโอไบรอัน (Roberts, Raphael, Lawrence, O'Toole & O'Brien, 1997) พบว่าการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง และการจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง

ด้านสิ่งแวดล้อม คือทรัพย์สินข้าวของได้รับความเสียหายด้วยได้แก่ เติ่งนอน เก้าอี้ ภาชนะ ใส่อาหาร กระดาษหน้าต่างและประตู เป็นต้น (Tam et al., 1996) หากไม่สามารถจัดการกับผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอื่น บุคลากรและทรัพย์สินเสียหายได้

สรุป ผลกระทบของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกนั้น ย่อมมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองคือ ผลกระทบทางร่างกายตัวผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บ ผลกระทบทางจิตใจ มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ผลกระทบต่อบุคลากรคือถูกผู้ป่วยทำร้าย เครียด เสียขวัญ และกำลังใจ อยากลาออกจากงาน มีทัศนคติไม่ดีกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมคือทรัพย์สินข้าวของได้รับความเสียหาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีหลายปัจจัยร่วมกันที่จะสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถสรุปด้วยปัจจัยเดียวได้ และจากการ ศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการค้นคว้ารวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วยบุคลิกลักษณะต่าง ๆ ปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยสิ่งแวดล้อม สรุปได้ดังนี้

ด้านผู้ป่วย (Patient) จากการศึกษา ลีวิลลาร์ จูทานิ และบลูสโตน (Lee, Villar ,Juthani & Bluestone, 1989) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภท ซึมเศร้า และกลุ่มใช้ยาเสพติด และจากการศึกษาของ แทม และคณะ (Tam et al., 1996) ได้ศึกษาลักษณะแบบแผนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในสถาบันอัลเลน เมโมเรียล (Allan Memorial Institute) เมืองมอนทรีออล (Montreal) ประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นแผนกจิตเวช ขนาด 74 เตียง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี โดยศึกษาจากรายงานบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงพบได้สูงในหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 80 และพบในแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 12 เนื่องจากอยู่ในหอผู้ป่วยปิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นอิสระ และง่ายต่อการกระตุ้นจากผู้ป่วยด้วยกันยังพบว่า ร้อยละ 76 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหลังจากเข้ารับการรักษา 1 สัปดาห์ มักพบในช่วงอายุ 20-40 ปี และพบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rickelman (2003) ที่พบว่า มีความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่คุกคาม แต่ไม่พบความแตกต่างในการมีพฤติกรรมที่ทำร้ายผู้อื่น เพศชายมีพฤติกรรมที่ทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 11.9 และเพศหญิงร้อยละ 9.5

1. เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง มีผลงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ Spiessl, Krischker & Cording (1998) สรุปไว้ว่า ผลงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง นอกจากเป็นเพราะองค์ประกอบทางชีวภาพแล้ว ผู้วิจัยยังเชื่อว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งโดยปกติสังคมจะคาดหวังให้เพศชายและเพศหญิงมีบทบาทต่างกัน เช่น

กำหนดให้เพศชายกล้าหาญเข้มแข็ง นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงของเพศชายและเพศหญิงยังแตกต่างกันตามสภาพการอบรมเลี้ยงดูที่ส่วนใหญ่บิดามารดาจะให้เสรีภาพ รักตามใจ และยอมให้เด็กผู้ชายก้าวร้าวรุนแรงได้ แต่จะไม่ยอมให้เด็กผู้หญิงทำเช่นนั้น บิดามารดาประเภทนี้จะใช้อำนาจควบคุมและเข้มงวดกวดขันกับเด็กผู้ชายน้อยกว่าเด็กผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาลิกา โควินญาม (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 84.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al., (2002) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่ตรงกับปัญหาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูดมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชชาย

2. ระดับสติปัญญา (IQ) สมภพ เรืองตระกูล (2528) พบว่า ผู้ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ระหว่าง 20-50 จะกระทำความผิดเพราะถูกชักจูงได้ง่าย ขาดความรู้สึกลึกซึ้ง การกระทำผิดด้วยเหตุฉุนเฉียวหลายอย่าง ซึ่งเป็นการกระทำที่ไม่สมเหตุผล เช่น จูงใจให้เกิดความเสียหาย ทำไปเพราะเป็นการระบายอารมณ์ด้วยความโกรธแค้น และในผู้ป่วยจำพวกการเรียนรู้บกพร่อง พบว่ามีอาการก้าวร้าวรุนแรง 3.3-36% (Hassiotis & Hall, 2004) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการทางจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ รวมถึงพัฒนาการทางทักษะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทักษะทางสังคม การตัดสินใจ และการควบคุมอารมณ์ และมักจะเป็นโรคทางจิตด้วย ในอัตราที่มากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Borum et al., 1996; อ้างใน Scott & Resnick (2006) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญาดำกว่าปกติและกลุ่มผู้ป่วยปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อย พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

3. อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า (Tardiff et al., 1997) สอดคล้องกับที่ Swenson et al., 1990; อ้างใน Scott & Resnick (2006) ได้ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 7.34% มักมีอายุอยู่ในช่วง 18-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่น้อยที่สุดในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของฮักซ์ โรบา และกลิก (Hughes, Riba & Glick, 1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่น้อยกว่า 40 ปี และที่พบมากมักอยู่ระหว่าง 15-24 ปี

4. การใช้สารเสพติด (Substance Use) จากการศึกษาของ Steadman et al., (1998) พบว่า ปัจจุบันการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ Swartz และคณะ (1998) ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงกับความเจ็บป่วยทางจิตแบบรุนแรง: ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด และการไม่ร่วมมือการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตแบบผู้ป่วยในจำนวน 331 ราย พบว่า ตัวแปรร่วมกันระหว่างการใช้สารเสพติดหรือสุรา และการไม่

ร่วมมือการรักษา เป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนสูงเมื่อได้ควบคุมปัจจัยด้านสังคมวิทยาแล้ว และจากการศึกษาของวสุ จันทรศักดิ์ (2543) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาปี 2541 อาการที่พบคือ มีความหลงผิด ชนิดหวาดระแวงร่วมกับอาการประสาทหลอน เข้ามาับการรักษาเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น และเป็นสาเหตุของอาชญากรรมอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าสารเสพติดและสุรามีความสัมพันธ์และสนับสนุนกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Scott & Resnick, 2006) โดยบุคคลส่วนใหญ่แล้วที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมรุนแรง ช่วงเวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นอยู่ภายใต้อาการมึนเมาจากการใช้สุรา (Murdoch, Pihl & Rose, 1990)

5. ประวัติความรุนแรงในอดีต ซึ่ง Klassen & O'Connor (1988) ได้ศึกษาพบว่าประวัติความรุนแรงในอดีต เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมรุนแรงในอนาคตได้ค่อนข้างดี ทั้งนี้มีรายงานที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al., (2004) กล่าวว่าปัจจัยด้านประวัติในอดีตเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมากต่อการพิจารณาว่าจะเกิดความรุนแรงได้ในอนาคต และจากการศึกษาของ ปสาธนีย์ สิทธิสรเดช (2542) พบว่า แรงผลักดันให้ภรรยาฆ่าสามีเกิดจากความคับแค้นใจที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันและที่สะสมเป็นเวลานาน ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกทำร้ายจิตใจและเกิดการชิงชัง รวมทั้งได้รับประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวและความผิดหวัง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบว่าเคยมีประวัติกระทำการรุนแรงมาก่อนร้อยละ 77 (Chou et al., 2002)

6. ลักษณะครอบครัว ผู้ป่วยที่มีความไม่สมบูรณ์ของครอบครัว (Ineffective Families) มีรายงานการวิจัยจำนวนมากที่พบว่า ผู้กระทำความผิดในคดีความรุนแรงมักเกิดจากถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ขาดความอบอุ่น ถูกทารุณจากพ่อแม่ พ่อแม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ขาดวินัย ไม่เป็นที่ปรึกษาที่ดี (วัลลภ ธรรมโกสิทธิ์, 2550) ซึ่ง สุมิตรา นิธิสินประเสริฐ (2540) ได้ศึกษาพื้นฐานทางครอบครัวของกลุ่มผู้ต้องขังวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า 9 ใน 10 ราย ของกลุ่มที่มีความรุนแรงนี้มาจากครอบครัวที่มีความรุนแรงทางกายภาพและมีรายงานถึงเหตุการณ์ที่บิดามารดาแสดงความรุนแรงและทำทารุณกับคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร ทวีศรีและคณะ (2542) พบว่าลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงและการกระทำความผิด คือลักษณะครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันอยู่ สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด บิดาคุด่าเยินยอ และครอบครัวที่แตกแยกกัน (Pearson, 1994)

7. บุคลิกภาพผิดปกติแบบคาบเส้น (Borderline Personality Disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบคาบเส้นประกอบด้วย การแสดงอารมณ์โกรธรุนแรงบ่อยและควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ ทำให้เกิดการชกต่อยบ่อยๆ ซึ่งบางครั้งจะพยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง (ธีระ ถิลาตันนทกิจ,

2541) จากการศึกษาของ Lewis ยังพบเพิ่มเติมว่าความผิดปกติของโครงสร้างบุคลิกภาพร่วมกับอาการซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิต มักจะเชื่อมโยงกับความรุนแรงในครอบครัวและคู่สมรส แต่ Lewis ได้ชี้แนะว่าถึงแม้การศึกษานี้จะพบว่า ผู้กระทำผิดกระทำรุนแรงด้วยอาการของโรคจิตก็ตาม แต่การสรุปเพียงปัจจัยเดียวยังไม่สามารถชี้ลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวได้ทั้งหมด และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) ซึ่งเป็นลักษณะของบุคลิกภาพกลุ่มหนึ่งนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมอาชญากรรมซึ่งมีลักษณะอันธพาล ก้าวร้าวอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย มีความหุนหันพลันแล่นสูง มีความรู้สึกผิดน้อยหรือไม่มีเลยเมื่อกระทำผิด อันเนื่องมาจากการขาดความอบอุ่นในวัยเด็ก พวกเขาได้รับการเรียนรู้ที่ผิด ไม่สามารถควบคุมความต้องการของตนเองได้ มักจะแสดงการตัดสินใจที่ไม่ดีไม่ให้ความร่วมมือกับสังคม

จากการศึกษาของจามจุรี อุดรสาร (2548) ได้สรุปพฤติกรรมรุนแรงด้านบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการแสดงพฤติกรรมรุนแรงมีดังนี้ กลุ่มที่มีอายุ 20-30 ปี ฐานะทางเศรษฐกิจในสังคมต่ำ ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษ ไม่ยอมรับประทานยารักษาทางจิตเวช มีบุคลิกภาพแปรปรวน มีการพึ่งพาผู้ที่ดูแลด้านการเงิน เคยมีประวัติอาชญากรรม มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล ครอบครัวมีประวัติแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อกัน มีประวัติการใช้อาวุธในการทำร้าย และแยกตัวเองจากสังคม (Swanson et al., 1990)

ด้านบุคลากร (Staff) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เพศ อายุ ระดับความรู้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การแสดงความหึงเหินของพยาบาลต่อผู้ป่วย กฎระเบียบที่ไม่มีการยืดหยุ่น ตลอดจนพยาบาลขาดการอบรมในการควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออก (Blair & New, 1991; Lanza et al., 1991 cited in Chou et al., 2002) การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการค้นคว้าเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สรุปได้ดังนี้

1. เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรเพศชายเมื่อจำเป็นต้องมีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มักจะใช้การจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างรุนแรง ทั้งทางคำพูดและท่าทาง บางครั้งแสดงการช่วยผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยได้มากกว่าเพศหญิง โดยการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Cooper, 1995)

2. อายุ จากการศึกษาบุคลิกลักษณะของพยาบาลพบว่า พยาบาลที่มีอายุเฉลี่ย 25.8 ปี จะถูกผู้ป่วยทำร้าย ส่วนพยาบาลที่มีอายุ 30 ปี จะไม่ถูกผู้ป่วยทำร้าย Chou et al., (2002)

3. ประสบการณ์ (Chou et al., 2002) กล่าวว่าโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 23 เดือน จะถูกผู้ป่วยทำร้าย ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานนาน 52 เดือน จะไม่ได้รับบาดเจ็บจากการทำร้ายของผู้ป่วย ส่วนผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงน้อยจะถูกผู้ป่วยทำร้ายมากที่สุด อาจเนื่องมาจากบุคลากรบางรายอาจได้รับการฝึกทักษะในการดูแลและป้องกันพฤติกรรมรุนแรงไม่เพียงพอ (Alspach, 1993) ซึ่งจากการรวบรวมรายงานเกี่ยวกับบุคลากรถูกทำร้ายร่างกายของ ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) พบว่า สาเหตุที่บุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การเข้าไปห้ามปรามขณะที่ผู้ป่วยจะไปทำร้ายผู้อื่น การนำผู้ป่วยไปฉีดยา ผู้ป่วยที่รับใหม่ ชัดขึ้น ซึ่งการจัดการของบุคลากรสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ของบุคลากรในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการถูกผู้ป่วยทำร้าย

4. ระดับการศึกษาทางการพยาบาล พบว่าผู้ที่ศึกษาพยาบาลในระดับต้น จะถูกผู้ป่วยทำร้ายร้อยละ 66 ส่วนพยาบาลที่เรียนระดับปริญญาตรีจะถูกผู้ป่วยทำร้ายร้อยละ 14 (Blair & New, 1991; Lanza et al., 1991 cited in Chou et al., 2002) เนื่องมาจากพยาบาลได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับถึงพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงว่าเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช และสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

5. พยาบาลใช้อำนาจหรือความรุนแรงกับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ จากการศึกษา Chou et al. (2002) ซึ่งให้เห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ที่ปฏิบัติกันอย่างสม่ำเสมอตลอดมา คือพยาบาลจะใช้อำนาจหรือความรุนแรงกับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยบุคลากรทางการพยาบาลจะปฏิบัติการด้วยความรุนแรงเป็นการแสดงให้เห็นว่าเป็นการลงโทษผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหรือวงจรที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง

Hodgkinson (1980 cited in Barnes, 1992) ได้ให้ข้อคิดว่าบุคลากรทางการพยาบาลและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมีผลเกี่ยวข้องกัน เนื่องจากพยาบาลมีความวิตกกังวลจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออก และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าพยาบาลมีทัศนคติแบบเผด็จการ และจากการศึกษาของ (Brailsford & Stevenson, 1973 cited in Barnes, 1992) ที่ทำการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวกับพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออก โดยศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่ง ซึ่งพบว่าทัศนคติเผด็จการของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยทัศนคติที่พยาบาลแสดงออกคือการแสดงอำนาจ

เหนือกว่าการไม่มีประสบการณ์ การทารุณโหดร้ายไร้ความปราณี การแสดงความเกรี้ยวกราดรุนแรง การเข้มงวดและหยาบคาย

Sheridan (1990 cited in Chou et al., 2002; Blair & New 1991 cited in Chou et al., 2002) ได้ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง และพบว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกขัดแย้งกับพยาบาล ประเด็นของความขัดแย้งคือการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม พยาบาลใช้กฎข้อบังคับกับผู้ป่วยมากเกินไปให้อิสระแก่ผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ และไม่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

6. การสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลมักใช้ความรู้สึกลึกอารมณ์ของตนเอง ซึ่งความรู้สึกลึกและอารมณ์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกทางการกระทำหรืออาจเพื่อลดความรู้สึกที่ถูกผู้ป่วยคุกคาม และเป็นการปกป้องตนเองให้มีความรู้สึกปลอดภัย (Miller 1991) ได้แก่ แสดงท่าทางเฉยเมย ไม่ยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย แสดงการขู่และล้อเลียนผู้ป่วยโดยเจตนา ใช้เสียงดังแสดงความเป็นอำนาจออกคำสั่งกับผู้ป่วย ได้ตอบผู้ป่วยด้วยคำพูดที่รุนแรงและชี้หน้าด่าผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับริกเคิลแมน (Rickelmann, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า บางครั้งบุคลากรมีอารมณ์โกรธและจัดการต่อผู้ป่วยด้วยการจำกัดพฤติกรรม อาจใช้การผูกข้อมือหรือนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยกโดยไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการกระทำของบุคลากร ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้อาจกระทำโดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจขัดแย้งใจ นอกจากนี้แล้วยังพบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย ซักถามผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้

จากการรวบรวมสาเหตุและปัจจัยด้านบุคลิกภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

สภาพแวดล้อม (Environment) ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โครงสร้างของตึกมีห้องแยกสภาพคล้ายห้องขัง สภาพความหนาแน่นของผู้ป่วยและสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น อากาศร้อน อบอุ่น ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออก (Bridges et al., 1994; Chou et al., 2002; Negley & Manley, 1990; cited in Chou et al., 2002) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมาได้ จะเห็นได้ว่าลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับพฤติกรรม

รุนแรงของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดในเวลากลางวันร้อยละ 44.6 และเวลาเย็นร้อยละ 46.7 ซึ่งเป็นเวลาที่มีภาระงานมากในการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงมักจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทำความสะอาดร่างกายตนเอง และส่วนใหญ่จะเกิดในวันหยุดราชการซึ่งพบว่าอุบัติการณ์จะเป็นสองเท่า เนื่องจากมีอัตราค่าจ้างพยาบาลไม่เพียงพอ นอกจากนั้นความหนาแน่นของผู้ป่วยและสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ที่มีมากเกินไป อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง (Vanderslott, 1998) และจากการศึกษา (Chou et al., 2002) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นหากว่ามีโครงสร้างกำหนดกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติร่วมกัน

นอกจากนี้ยังมีผู้สนใจศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและสรุปรวบรวมรายละเอียดไว้ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในแผนการรักษาซึ่ง Johnson (1997) ได้กล่าวไว้
2. สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ การให้บริการไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร รวมไปถึงบรรยากาศภายในหอผู้ป่วย เช่น อากาศถ่ายเทไม่สะดวก (Morrison, 1998; Hahn et al., 2006) อุณหภูมิภายในหอร้อนเกินไป สภาพพื้นที่ในหอผู้ป่วยไม่กว้างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย
3. สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัว และอิสรภาพในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วยผู้ป่วยจะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง คือภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมาก Johnson (1997) ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน นอกจากนี้กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลแต่ถูกบังคับให้อยู่โรงพยาบาล เนื่องจากเป็นความต้องการของญาติ หรือความคิดเห็นของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rotov และคณะ (1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความก้าวร้าวรุนแรงกับสิ่งแวดล้อมทั่วไปภายในตึกผู้ป่วยพบว่า การออกแบบภายในตึกผู้ป่วยไม่ว่าส่วนใดๆ เช่น ห้องนั่งเล่น พื้นที่ส่วนรวมอื่นๆ มีผลต่อความก้าวร้าวรุนแรง ห้องที่มีขนาดเล็กกระตุ้นภาวะความก้าวร้าวได้มากกว่า มาตรการกฎระเบียบที่เด็ดขาดไม่ยืดหยุ่นกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
4. สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรภายในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอ และต้องรับผิดชอบงานอื่นอีกมากมาย เช่นงานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

สรุป สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุซึ่งเริ่มตั้งแต่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยความเจ็บป่วยทางจิตและบุคลิกลักษณะส่วนตัว เพศ อายุ ระดับสติปัญญา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติความรุนแรงในอดีต ลักษณะครอบครัว สำหรับปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เช่น อายุ ประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากร ระดับความรู้ทางการแพทย์ของบุคลากร และทักษะในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ทักษะของบุคลากรกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย อัตราค่าจ้างที่ไม่เพียงพอ ความหนาแน่นของผู้ป่วยมากเกินไป สภาพโครงสร้าง กฎระเบียบที่ไม่เอื้อหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินพฤติกรรมรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมรุนแรงทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงนั้น มีวิธีการในการประเมินหลายรูปแบบแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่นักวิชาการจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดซึ่งเกิดจากประสบการณ์และตนเองสนใจเป็นหลัก ทำให้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้ในปัจจุบันยังมีความแตกต่างกันออกไป ผู้ศึกษาได้รวบรวมและพอสรุปได้ดังนี้

ธีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ได้บอกถึงอาการและการแสดงที่บ่งว่าผู้ป่วยใกล้จะก่อพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1. มีการพูดเสียงดัง พูดเป็นเชิงข่มขู่ และใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย หรือพูดเปรยให้คนอื่นรู้ตัวก่อน จากการแสดงอารมณ์โกรธ และกระวนกระวายทั้งกายและใจ เช่น พูดเร็ว พูดด้วยน้ำเสียงโกรธ
2. มีกล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น เช่น นั่งขอบเก้าอี้ หรือเอามือกำพนักที่วางแขนของเก้าอี้ หรือใช้มือสองข้างเกาะศีรษะไปมาอย่างแรง
3. มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เช่น ออกก้าวเดิน หรือรุ่มร้อนอยู่ไม่สุข
4. มีการปิดประตูดังปัง หรือเคาะเครื่องแต่งบ้าน
5. มีการพูดขึ้นมาเองโดยผู้ป่วยด้วยความสงสัยในตัวเอง ในขณะที่ผู้ป่วยต่อสู้ทำร้ายคนอื่นที่ไม่รู้เรื่อง เนื่องจากไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น
6. นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอย่างอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง คือ ความเครียด

7. มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจมากขึ้น มีการพกลาวหรือสิ่งของอื่นๆ ที่อาจใช้เป็นอาวุธได้
8. มีลักษณะระแวงเด่นชัดในผู้ป่วยโรคจิต
9. มีประสาทหลอนทางหูสั่งให้ทำรุนแรง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยบางราย โดยไม่เกิดกับผู้ป่วยทุกราย
10. มีการกระทำรุนแรงเมื่อเร็วๆ นี้รวมทั้งการทำให้ทรัพย์สินเสียหาย
11. มีอาการเมาสุรา
12. มีโรคทางสมองโดยเฉพาะพบบรอยโรคที่ Frontal lobe ซึ่งพบได้ทั่วทั้งสมอง
13. มีอาการ Mania ที่ชัดเจน
14. มีอารมณ์เศร้า ที่มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจอย่างชัดเจน
15. มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ เช่น เดือดดาล พฤติกรรมรุนแรง หรือควบคุมแรงผลักดันไม่ได้

นอกจากนี้ ไวเบค (Videbeck, 2001) ได้กล่าวถึง การประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการประเมินจากอาการ และอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรงคือ

- 1) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แวดตาไม่เป็นมิตร
- 2) การเคลื่อนไหวและการกระทำ การกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้กระแทก หรือกระทำด้วยความรุนแรง
- 3) การแสดงออกทางคำพูด เช่น เงียบเฉยผิดปกติ ได้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน พุดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ คำหุนหัน
- 4) มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลัน และยังสามารถประเมินโดยการซักถามประวัติจากญาติผู้ป่วย และจากบันทึกของทีมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในอดีตมีหรือไม่อย่างไร และเคยได้รับความช่วยเหลือหรือวิธีลดความรุนแรงอย่างไรบ้าง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้สรุปรายละเอียดและเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง ดังต่อไปนี้

1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เดินไปเดินมา ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่งๆ หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด
2. คำพูดที่แสดงอันตรายที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งท่าทางที่แสดงออกต่อสิ่งของหรือบุคคลที่จะเป็นอันตราย ไม่ว่าจะเป็นความจริงหรือคิดเอาเองก็ตาม คำพุดก้าวร้าวต่อบุคคลจริงและไม่จริง พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบประสาทหลอนทางหูหรือทางตา พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบการหลงผิด

3. ความรู้สึกรุนแรง ทำทางเครียดมาก การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด อาการรุนแรงอย่างทันที

4. ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง มีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต มีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อมีความวิตกกังวลสูง

5. ดื่มเหล้าหรือติดยา ในระยะ Intoxication หรือในระยะอดยา

6. มีความผิดปกติทางสมองอย่างเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกอย่างทันทีทันใด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล สูญเสียความจำระยะใกล้ มีประสาทหลอนทางหูประสาทหลอนทางตาโดยไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ การกระตุกสั่นซึ่งสำคัญเมื่อเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด

สรุป จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงดังที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการประเมินพฤติกรรมรุนแรงหลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป และเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาอาจเกิดอันตรายขึ้นต่อผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของอาจเป็นอันตรายบาดเจ็บสาหัส ดังนั้น การป้องกันและการรักษาพยาบาลบุคลากรต้องตระหนักและประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่แสดงออกต้องทำอย่างรวดเร็ว และเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งทำให้บุคลากรมีการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เบญจมาพร บัวหลวง, 2548)

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรง

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรงนั้นได้มีนักวิชาการจำนวนมากที่ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงไว้หลากหลาย โดยมีการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวให้มีประโยชน์และสะดวก ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของเครื่องมือ พอสรุปได้ดังนี้

แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช OAS (Overt Aggression Scale) ซึ่งยูโดฟสกี ซิลเวอร์ และแจคสัน (Yudofsky, Silver & Jackson, 1986) ได้สร้างแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงตามลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช 4 ลักษณะ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (verbal violent behavior)
- 2) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (physical violent behavior against self)
- 3) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (physical violent behavior against other people)
- 4) พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (violent behavior against Object)

จะเห็นได้ว่าแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงนี้ มีความเหมาะสมที่จะใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากมีลักษณะข้อคำถามสะดวกต่อการบันทึก สามารถเข้าใจง่ายโดยไม่ต้องใช้เวลานาน และสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน บุคลากรภายในหอผู้ป่วยสามารถบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในแต่ละเวรและใช้ระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ไม่เป็นการเพิ่มภาระในการปฏิบัติงานของบุคลากร นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาไว้หลากหลาย ได้มีการพัฒนานำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ดังนี้

Mc Niel & Binder (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงสูงและต่ำ และประเมินบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกมากและน้อย โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 226 คน ที่เคยทำร้ายคนอื่นใน 1 สัปดาห์ที่อยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินระดับพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน OAS ผลการศึกษาพบว่า การประเมินระดับความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายมากที่สุดมีค่าความไวร้อยละ 67 ค่าความจำเพาะร้อยละ 69

กชพงศ์ สารการ (2542) ได้นำแบบประเมิน OAS มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย โดยใช้ในการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้สร้างเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช 4 ด้าน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.95 แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด 2. พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ 3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง 4. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น

รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ (2543) ได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรง สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้การประเมิน Overt aggression scale ฉบับภาษาไทยเป็นแนวทางในการดูแลรักษา ซึ่งข้อดีคือมีการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่แบ่งเป็นระดับไว้ชัดเจน ครอบคลุมลักษณะของพฤติกรรมของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรม (OAS) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการศึกษาวิจัย ทั้งความตรงและความเที่ยง สามารถนำไปใช้ได้ การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ตามระดับของความรุนแรงซึ่งตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้ผ่องพรรณ ภาโว (2550) ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ไปใช้ในการศึกษาการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้ดนตรีต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวใน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางคำพูด การกระทำ ทั้งต่อตนเอง และผู้อื่นใช้กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นมีค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.85

สรุป การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชนั้น ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง และที่สำคัญพยาบาลต้องสามารถประเมินลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อความชัดเจนในการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS (Overt Aggression Scale) ของ Yudofsky et al., (1986) ซึ่งมีนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้นำไปใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง นอกจากนี้กษพงศ์ สารการ (2542) ได้สร้างเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.95 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ปรึกษาท่านอาจารย์ที่ปรึกษาโดยพัฒนาเป็นแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงให้สอดคล้องและเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้อีกด้วย

การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชได้มีผู้เสนอแนวความคิดหลากหลาย ซึ่งในการนำไปใช้นั้น ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งฮาร์เปอร์ แจคควิส และไรเมอร์ (Harper-Jaques & Reimer, 1998) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ได้แก่ การฉีดยา รวมไปถึงการผูกข้อมือและการใช้ห้องแยก ด้านจิตวิทยาได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย ด้านสังคม ได้แก่ การลดสิ่งกระตุ้น นอกจากนี้ไฮแมน (Hymam, 1988) และริกเคิลแมน (Rickelmam, 1997) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง การที่บุคลากรจะจัดการพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้คำพูด การใช้ยา รวมทั้งการผูกข้อมือและห้องแยก แต่อย่างไรก็ตามการจัดการของบุคลากรจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ั้น บุคลากรควรตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจัดการเพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถนำวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไปปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์โดยสรุปไว้ 3 ด้านดังนี้

1. ด้านตัวผู้ป่วย การจัดการต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละบุคคลว่าพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ทั้งทางคำพูดและทางร่างกาย ต่อร่างกายผู้อื่นหรือทำลาย

สิ่งของ ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งแต่ไม่รุนแรง การจัดการอาจใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาอย่างต่อเนื่องและหลายพฤติกรรมเป็นเวลานาน ต้องใช้วิธีการจัดการหลายวิธีร่วมกัน เพื่อลดระดับของพฤติกรรมรุนแรง (Harris & Rice, 1997; อ้างในกชพงศ์ สารการ, 2542) การจัดการช่วยเหลือหรือหากิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การออกกำลังกาย เล่นเกม เล่นกีฬา หรือเดินเล่น (Finnema et al., 1994) หรือวิธีการจัดการกับความโกรธ นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาการใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีคะแนนความโกรธระดับสูงจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการแสดงความโกรธของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนภายหลังได้รับโปรแกรมควบคุมความโกรธน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมควบคุมความโกรธ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (อัปสร ชานวิทิตกุล, 2549)

2. ด้านบุคลากร การที่บุคลากรจะกระทำการจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงนั้นควรพิจารณาถึงทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน โดยเฉพาะบุคลากรที่มีอายุน้อยและเพิ่งเข้ามาปฏิบัติงานมักจะหวาดกลัว วิดกกังวล บางรายไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรในการพยาบาลผู้ป่วย (Alschul & Mc Govern, 1985) สำหรับเรื่องสัดส่วนของบุคลากรกับผู้ป่วย เนื่องจากถ้าไม่เพียงพอกับจำนวนของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่น้อย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาขาดความสนใจ ส่งผลต่อการจัดการของบุคลากรได้ (Casseem, 1984) การใช้คำพูดในการสื่อสารโดยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยขาดการควบคุมตนเองอย่างรุนแรง การที่พยาบาลจะติดต่อกับผู้ป่วยนั้นต้องทำด้วยความเมตตากรุณา และเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือและลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยการใช้คำพูด การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย ถ้าบุคลากรไม่ให้ความสำคัญเรื่องการสื่อสาร และไม่ให้ข้อมูลของการรักษาที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดพลาดได้ (Burrow, 1994) ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้และทักษะ เรื่องปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองให้ได้ โดยการใช้คำพูด และหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกาย (Hamolia, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าทัศนคติตลอดจนการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรไม่ดี ซึ่งทำให้เกิดการเบื่อหน่ายในการทำงาน อาจส่งผลต่อการจัดการพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดการต่อผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงนั้น บุคลากรจะต้องมีความสงบมั่นคงเด็ดเดี่ยว มีความมั่นใจ ดังนั้นบุคลากรควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนมีความรู้และทักษะในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ (Roberts, Raphael, Lawrence, O' Toole & O' Brien, 1997; อ้างในกชพงศ์ สารการ, 2542) นอกจากนี้แล้วยัง

พบว่าทีมงาน ก็มีสำคัญในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหรือก้าวร้าวรุนแรง และในกรณีที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นแล้วสิ่งแรกที่พยาบาลควรตระหนักคือ ประเมินความสามารถของตนเอง และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าไปแก้ไขสถานการณ์ ถ้าคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถพอควร ไม่ควรจัดการในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงแต่ผู้เดียว จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อื่น อย่างไรก็ตามกำลังเจ้าหน้าที่ต้องมีมากพอเพื่อการจัดการผู้ป่วยที่ก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจะรู้ว่าการต่อต้านการรักษาจากบุคลากรต่อไปนั้นจะไม่มีประโยชน์ (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541)

3. ด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการของบุคลากรควรพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานเช่น การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้มีความสะดวกต่อการทำงาน ดังเช่น อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผูกยึด ยา และอุปกรณ์ในการให้ยาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนการจัดวางโต๊ะทำงาน ให้อยู่ในบริเวณที่มองเห็นผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และบริเวณภายในห้องผู้ป่วยต้องไม่มีของแหลม หรือของมีคม เพราะผู้ป่วยสามารถนำมาเป็นอาวุธได้ สำหรับความเหมาะสมของหอผู้ป่วย เช่น จัดห้องเตียงนอนให้มีความเหมาะสมไม่คับแคบ หรือมีจำนวนเตียงนอนมากเกินไป เพราะขณะที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงอาจทำให้นักการไม่สามารถจัดการได้อย่างเต็มที่ และเป็นอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ (Morrison, 1993; Sclafani, 1986; อ้างใน กษพงศ์ สารการ, 2542) ดังนั้นควรจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมแบบเรียบง่าย เฟอร์นิเจอร์สีไม่ฉูดฉาด บรรยากาศเงียบสงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นมากเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากรนั้น ทุกปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลต่อกันได้ การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชนั้นจึงควรคำนึงถึงทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยูดอฟสกีและคณะ (Yudofsky et al., 1986) ได้เสนอวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย (talk to patient)

การรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบและสังเกตท่าทางของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ การเอาใจใส่ได้ถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับการรับรู้ขณะนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ โดยบุคลากรควรหลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจ หรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วยในสิ่งที่บุคลากรไม่แน่ใจว่าจะกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาจะถูกลงโทษ เนื่องจากการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ ซึ่งมอริสัน (Morrison, 1993) และ สคลาฟานี (Sclafani, 1986) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรม

รุนแรงไว้ว่า บุคลากรควรบอกให้ผู้ป่วยมั่นใจอีกครั้งว่าบุคลากรต้องการให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้ และบอกว่าบุคลากรพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอ เมื่อผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ การที่บุคลากรจะติดต่อกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรงนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือ เพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดซึ่งบุคลากรควรมีความรู้และทักษะเรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแลและระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

การพูดคุยควรเป็นไปในลักษณะไม่ข่มขู่ เปิดเผย พูดช้าๆ มีความชัดเจนเนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบกับมีกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร ไม่พูดด้วยการใช้สายตาจ้องมองไปที่ผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวมากยิ่งขึ้น (Burrow, 1994) ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยทักษะ ความชำนาญ ดังนั้นบุคลากรจึงควรตระหนักถึงวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการจัดการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวเองได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการพฤติกรรมของตนเอง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงได้ (Dexter & Wash, 1995; Johnson, 1997)

2. การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (closer observation)

ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา บุคลากรควรได้สังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นก่อนมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวมีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งของหรือไม่ หรือบางครั้งบุคลากรควรพิจารณาว่าจะมีการจัดการด้วยวิธีใดต่อไป สำหรับพฤติกรรมรุนแรงนั้น นอกจากนี้ เบอร์โรว์ (Burrow, 1994) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าในบางครั้งบุคลากรได้มีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงนั้นแล้ว นอกจากนี้การสังเกตพฤติกรรมรุนแรงอย่างใกล้ชิดจะเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการจัดการของบุคลากรต่อไป

3. การให้ยาฉีดทันที (immediate medication given by injection)

ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการอื่นๆ แต่ไม่ได้ผลผู้ป่วยจิตเวทยังมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งสำหรับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและสิ่งของได้ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drug) เช่น ฮาโลเพริดอล (Haloperidol) ในกลุ่มเบนโซไดอะซีพินส์ (Benzodiazepines) ซึ่งในการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ต้องคำนึงถึงระดับ

ความรุนแรงของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นบุคลากรจะให้ยาทางกล้ามเนื้อหรือทางเส้นเลือด ทั้งนี้เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การพยาบาลขั้นตอนอื่นต่อไป ซึ่งริกเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหลังการให้ยาแก่ผู้ป่วยไว้ว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้วบุคลากรจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้แกผู้ป่วยเป็นยาที่ออกฤทธิ์รวดเร็วและออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงของยา แต่อย่างไรก็ตามในการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้จากการศึกษาของ ฟิชเชล เฟร์ไรโร รินเนอร์สัน นิคเคิล แจคสัน และ แฮนแนน (Fishel, Fereiro, Rynerson, Nickell, Jackson & Hannan, 1994) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจะได้รับยาเมื่อจำเป็น (PRN) มีจำนวนถึงร้อยละ 60 ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือยับยั้งพฤติกรรมรุนแรง

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระดับพฤติกรรมรุนแรง และการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อพิจารณาวางแผนการพยาบาลต่อไป การให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ (Kozub & Skidmore, 2001; Yudofsky et al., 1986; อ้างถึงใน กชพงศ์ สารการ, 2542)

4. การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (isolation without seclusion)

บุคลากรอาจใช้วิธีการนี้ในกรณีที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้น ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสิ่งของมาก ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุด หรือลดพฤติกรรมรุนแรงลงได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูดหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยควรได้รับการแยกออกมาจากสถานการณ์ก่อน เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้นอาจพาผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณเงียบสงบ ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจปลอดภัย จะช่วยให้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นมีความรุนแรงลดลง ก่อนที่บุคลากรจะให้การจัดการด้วยวิธีอื่นต่อไป

5. การผูกยึด (body restraint)

การผูกยึด เป็นกระบวนการแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่นให้อยู่ในที่ปลอดภัย โดยการใช้อุปกรณ์วัสดุเครื่องมือ โดยการผูกติดกับร่างกายควบคุมตนเอง ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถแกะออกได้หรือถอดออกได้โดยง่าย เป็นการจงใจที่จะไม่ให้บุคคลสามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้ตามปกติ ซึ่งเป็นวิธีการสุดท้ายหรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว การผูกยึดร่างกายผู้ป่วยที่ก่อความรุนแรงควรกระทำด้วยความรวดเร็วและมั่นคง แต่จะต้องไม่ทารุณและดุร้าย (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2541) การผูกยึดที่นิยมมากและปลอดภัยต่อผู้ป่วย คือ การผูกยึดแบบสี่จุด (Four point restraints) เป็นวิธีที่ใช้ผ้าผูกทั้งข้อมือ และข้อเท้าของผู้ป่วยทั้งหมดติดกับเตียง เป็น

วิธีการที่สามารถจำกัดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้มากวิธีหนึ่ง การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายวิธีซึ่งจะมุ่งจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากน้อยต่างกัน เช่น ให้เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ป้อนอาหารหรือให้สามารถเดินได้ (Hamolia, 2005)

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ได้อธิบายว่าปัจจุบันนี้การผูกมัดผู้ป่วยและการจำกัดบริเวณยังคงจำเป็นอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

ข้อบ่งชี้ในการใช้การบำบัดโดยการผูกมัดและจำกัดบริเวณผู้ป่วย

ใช้กับผู้ที่ไม่รู้สึกตัว เอะอะ อาละวาด รุนแรงจัด มักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา หรือใช้กับผู้ที่กำลังเอะอะ อาละวาด มีอารมณ์โกรธ หลงผิด แสดงออกทั้งทางวาจาและการกระทำ การจำกัดพฤติกรรมเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง เป็นการป้องกันการถูกรบกวนจากผู้ป่วยอื่นกรณีควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองกำลังทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และช่วยป้องกันการอับอายที่ตามมาหลังจากแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ข้อพึงระวังสำหรับการผูกมัดและจำกัดบริเวณผู้ป่วย

ทีมผู้รักษาจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความสม่ำเสมอ ทั้งคำพูดและท่าทางให้ความนับถือผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลหนึ่ง ควรบอกผู้ป่วยก่อนทุกครั้งที่จะจำกัดพฤติกรรม เช่น ระยะเวลาและพฤติกรรมที่จะจำกัด ควรใช้คำพูดก่อน ถ้าไม่ได้ผลจึงจะใช้วิธีการผูกมัดและจำกัดพฤติกรรม

6. การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง ๆ (Holding patient)

พฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจะมีทั้งทางอารมณ์และร่างกาย ซึ่งในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายผู้ป่วยนั้น วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคือการทำให้อาการของผู้ป่วยหยุดการเคลื่อนไหว บุคลากรควรเข้าไปจัดการอย่างน้อย 2 คน เพื่อความปลอดภัยของบุคลากร เนื่องจาก การถูกผู้ป่วยทำร้ายที่สำคัญบุคลากรควรพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกคุกคาม และบุคลากรไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วยหรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วย เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Burrow, 1994)

7. การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion)

การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรม (seclusion) เป็นกระบวนการแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่น ให้อยู่ในที่ปลอดภัย ให้อยู่ในห้องเดี่ยวป้องกันการหลบหนี ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา และส่งผลกระทบต่อผู้อื่น และสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนี้ใช้เป็นการปรับพฤติกรรมโดยธรรมชาติเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Finke, 2001) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงต่อผู้อื่นและตนเอง รวมทั้งป้องกันผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลบหนีด้วยโดยระยะเวลาการจำกัดพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ

กับพฤติกรรมของผู้ป่วย และจากผลการศึกษาของประภาพร นพสุวรรณ (2548) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าห้องแยกมากที่สุด

สรุป รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอให้เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรง และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การให้การช่วยเหลือจะมีตั้งแต่การพูดคุย การเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การฉีดยา การแยกผู้ป่วยจากคนอื่น การอยู่ในห้องแยก และการผูกมัดดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว นอกจากนี้ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชซึ่งการจัดการพฤติกรรมรุนแรงบางวิธีไม่ควรจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยลำพังปราศจากการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และถ้าการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบตัวต่อตัว ไม่ประสบผลสำเร็จควรมีการช่วยเหลือแบบเป็นทีม ควรขอความร่วมมือจากบุคลากรอื่นที่อยู่ใกล้เคียงเพื่อการช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง และเพื่อให้การจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยายามไม่ให้มีคนมามองดูผู้ป่วยมาก ๆ และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายคำพูดและความรู้สึกออกมา

อย่างไรก็ตามการจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพต่อไป (กษพงศ์ สารการ, 2542)

ระบบการปฏิบัติการพยาบาลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้บริการจิตเวช ระดับตติยภูมิ ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช บทบาทของพยาบาลในการให้บริการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการส่งเสริม ป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสอนสุขภาพจิตศึกษา

ด้านบุคลากร มีบทบาทหน้าที่ดูแลและให้การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหอผู้ป่วยจิตเวชแต่ละตึกมีอัตรากำลังของบุคลากรไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องด้วยจำนวนของผู้ป่วยที่รับไว้บางตึกมีสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน ซึ่งผู้ศึกษาสามารถอธิบายได้ดังนี้

ตึกนายแพทย์รณรงค์ขนาด 60 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 16 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 9 คน

ตึกนรินาถขนาด 40 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 12 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน

ตึกมัชฌิมาขนาด 40 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน

ตึกนิตรักษ์ขนาด 60 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 10 คน

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ดิคนายแพทย์บรรรมมีบุคลากรที่มากกว่า เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาเฉลี่ย 55 ราย /วัน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าตึกอื่นๆ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล จะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า บ่าย และ ดึก ส่วนใหญ่เวรเช้าวันราชการมีบุคลากรประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 4-5 คน รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้วและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน วันนักขัตฤกษ์หรือวันเสาร์และวันอาทิตย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ตึก เวรเช้ามีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ยกเว้นดิคนายแพทย์บรรรม พยาบาลวิชาชีพ 3 คน สำหรับพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร มอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยและหน้าที่งานประจำแก่บุคลากรในทีม ในเวรเช้าวันราชการจะต้องมีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยส่งเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ อีกทั้งตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ดูแลให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น วางแผนด้านการดูแลรักษา และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบในรายที่จำเป็นหรือเร่งด่วน รวมทั้งปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบร่วมเข้าประชุมการวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของผู้ป่วยนิติจิตเวช

นิติจิตเวช (Forensic Psychiatry) เป็นงานที่นำความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์แก่กระบวนการยุติธรรมและสังคม เช่น การตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตของบุคคลที่กระทำผิดกฎหมายและสงสัยว่าเป็นผู้วิกลจริต ผลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจะนำไปประกอบการพิจารณาโทษทางอาญาของบุคคลนั้น

ขั้นตอนการวินิจฉัยทางนิติจิตเวช

พยาบาลนิติจิตเวชจะต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ผู้รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการรายงานแพทย์
2. สรุป อาการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งวันก่อนประชุมวินิจฉัยทางนิติจิตเวช ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญที่ต้องบันทึกคือ อาการตั้งแต่แรกรับถึงวันประชุมวินิจฉัย อาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล
3. เตรียมผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้าสัมภาษณ์ในห้องประชุมการวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของผู้ป่วย
4. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยอย่างสรุปตามประเด็นที่บันทึกต่อที่ประชุมวินิจฉัยทางนิติจิตเวช
5. ร่วมแสดงความคิดเห็นด้านข้อวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis) และข้อวินิจฉัยทางกฎหมาย (Legal diagnosis) ของผู้ป่วยต่อที่ประชุมประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแจ้งผลการตรวจต่อผู้ส่ง

ด้านโครงสร้าง ตึกส่วนใหญ่เป็นตึก 2 ชั้น เป็นตึกปิด ชั้นบนเป็นห้องนอนรวม ภายในห้องประกอบด้วย เตียงนอน และพัดลมเพดาน และห้องโถงไว้นั่งดูโทรทัศน์ สวดมนต์ก่อนนอน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทุเลา หรือผู้ป่วยที่เตรียมจำหน่ายรับกลับ ภายใน 1 ห้องมีจำนวนเตียง

นอนห้องละ 6-10 เตียง ส่วนชั้นล่างมีห้องนอนและห้องแยก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเวชที่รับใหม่ทุกราย หรือในรายที่อาการทางจิตยังไม่ทุเลา หรือที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด (Intensive Care) จะจัดให้นอนห้องนอนชั้นล่างเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น มักจะอยู่ติดกับห้องพยาบาล ไว้สำหรับสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นอกจากนี้แล้วยังมีห้องแยกอีก 1 ห้องภายในห้องประกอบด้วยเตียง มีพัดลมเพดาน อุปกรณ์เครื่องใช้ในห้องนี้ จัดให้มีน้อยชิ้นมากที่สุด เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ ทั้งนี้ยังไว้สำหรับใช้ในการจำกัดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ประหม่ออาการแล้วพบว่าผู้ป่วยนั้นไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น ภายในห้องแยกของแต่ละตึกไม่มีห้องน้ำ ผู้ป่วยที่อยู่ห้องแยกต้องออกมาใช้ห้องน้ำรวม ส่วนห้องอาบน้ำผู้ป่วยชายจะเป็นห้องน้ำรวมทั้งชั้นบนและชั้นล่าง ตึกกนิตรักษ์และตึกนaylor แพทย์บรรจงห้องนอนผู้ป่วยเป็นห้องทรงเหล็กเปิดโล่งภายในห้องนอนมี 1 ห้องน้ำ เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในห้องนอนต้องปิดห้องและใส่กุญแจทุกครั้งเพื่อป้องกันผู้ป่วยหลบหนี ตึกนารินาถและตึกมัทธมาเป็นตึกเดียวกัน แต่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน จึงมีประตูปิดกันทั้งชั้นบนและชั้นล่าง ลักษณะของห้องนอนผู้ป่วยเป็นห้องปูนจัดเป็นห้องๆ ประตูเปิดห้องเป็นประตูไม้ บริเวณประตูจะมีช่องสี่เหลี่ยมไว้สังเกตอาการ ห้องนอนจะอยู่ 2 ข้างซึ่งมีแนวทางเดินอยู่ตรงกลาง สำหรับห้องโถงไว้สำหรับรับประทานอาหารเช้า ดูโทรทัศน์ และเป็นที่ญาติเยี่ยม และนั่งพักผ่อน

ดังนั้นภายในหอผู้ป่วยทุกหอจึงจำเป็นต้องมีการติดตั้งกล้องวงจรปิดไว้ตามห้องต่าง ๆ ได้แก่บริเวณห้องนอน ห้องน้ำ ห้องสังเกตอาการ และมีจอควบคุมการแสดงผลจากกล้องวงจรปิดไว้สังเกตอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ไปยังห้องปฏิบัติการพยาบาล

ห้องปฏิบัติการพยาบาล (Treatment) ซึ่งเป็นที่เก็บอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เวชภัณฑ์ยาเม็ด ยาน้ำ ยาฉีด สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ฯลฯ จัดเก็บไว้ในตู้เก็บยา ตู้เย็นและรถเข็นทำแผล รถเข็นให้การพยาบาลฉุกเฉิน ถึงออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ อ่างล้างมือพยาบาลและอ่างล้างเครื่องมือแพทย์ ซึ่งจัดแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วน นอกจากนี้แล้วยังมีตู้ที่เก็บของผู้ป่วยเช่นเสื้อผ้า และของใช้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา

ห้องทำงานพยาบาล (Nurse station) เป็นสถานที่ทำงานของพยาบาลเกี่ยวกับเอกสาร และการรายงานแพทย์ ภายในห้องเก็บแฟ้มประวัติผู้ป่วย และคู่มือการปฏิบัติงานตลอดจนตำราความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล และเอกสารสำคัญต่างๆ รวมทั้งเอกสารนโยบายของโรงพยาบาลที่กำหนดแผนการดำเนินงานโดยจัดเก็บในกล่องเก็บเอกสาร วางในตู้เก็บเอกสารที่แบ่งเป็นชั้นชั้นอย่างเรียบร้อย และมีป้ายชื่อบอกเอกสารแต่ละอย่างไว้ที่หน้ากล่องและหน้าแฟ้มของ

เอกสารอย่างชัดเจน ง่ายแก่การค้นหา พร้อมทั้งมีการติดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษา ประวัติของผู้ป่วยซึ่งสามารถค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้โดยใช้ระบบเครือข่าย ส่วนด้านหน้าห้องทำงานพยาบาลจะมีโต๊ะทำงานพยาบาลอีก 1 ชุด เพื่อใช้ในการซักประวัติผู้ป่วยรับใหม่จากญาติ และให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ขณะที่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล และให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเวช อาการ การรักษา และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และไว้สังเกตอาการเมื่อญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย

ตึกนิติเวช ตึกนารีนาถ และตึกมัชฌิมา ทั้ง 3 ตึก เป็นตึกที่รับผู้ป่วยนิติจิตเวช (Forensic Psychiatry) ไว้บำบัดรักษา ตรวจวินิจฉัย และฟื้นฟู งานนิติจิตเวชเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุม 4 มิติ การปฏิบัติงานจะทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพักรักษาอยู่โรงพยาบาลนานเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีคดี และส่งรักษาตามกฎหมาย ผู้ป่วยนิติจิตเวชเหล่านี้บางรายไม่ต้องรับโทษเนื่องจากมีอาการป่วยทางจิตขณะกระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ บุคคลนั้นย่อมได้รับการยกเว้นโทษตามหลักกฎหมายอาญาในมาตรา 65 แต่หากการยกเว้นโทษดังกล่าว ศาลเห็นว่า การปล่อยตัวไปจะเป็นการไม่ปลอดภัยกับประชาชน ศาลจะสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ ตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 ซึ่งบัญญัติไว้

“ถ้าศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลดโทษ ตามมาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานบำบัดรักษาก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้” ซึ่งสถานบำบัดที่กล่าวถึงในมาตรา 48 คือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งผู้กระทำความผิดที่ได้รับการยกเว้นโทษจะถูกควบคุมตัวไว้จนกว่าจะหาย หรืออาการป่วยทุเลาลงจนเป็นที่แน่ใจว่าจะปลอดภัยแก่ประชาชน และสามารถต่อสู้คดีได้ ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ที่บัญญัติไว้ และขณะเดียวกันในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวให้แพทย์รายงานอาการให้ศาลทราบเป็นระยะๆ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้ เมื่อศาลพิจารณาให้ปล่อยตัวได้ จึงอนุญาตให้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ปล่อยตัวผู้ป่วยซึ่งไม่ต้องได้รับโทษให้ญาติรับกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ ผู้ป่วยเหล่านี้บางรายไม่มีญาติหรือชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเกรงว่าจะเกิดอันตรายในชุมชนได้อีก ทั้งนี้ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จึงจำเป็นต้องรับผู้ป่วยจิตเวชไว้ดูแลนอนพักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร แต่อย่างไรก็ตามทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จะต้องหาสถานที่ให้ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้อยู่เช่น สถานสงเคราะห์ บ้านพักหรือมูลนิธิต่างๆ ที่สามารถรับผู้ป่วยจิตเวชไว้ดูแลได้ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลารอความพร้อมของสถานที่ที่จะรับผู้ป่วยกลับนั้นนานมาก จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ทำให้หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยนิติจิตเวช ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ เพราะฉะนั้นตึกเหล่านี้จึงมีผู้ป่วยนิติจิตเวชอยู่เป็นจำนวนมากทำให้แออัด และสถานที่คับแคบ

การบริหารการจัดอัตรากำลังและการกำหนดบทบาทในการบริหารและปฏิบัติงานในเวรที่รับผิดชอบ ดังนี้

เวรเช้า (ปฏิบัติงานเวลา 8.00 น. ถึง เวลา 16.00 น) อัตรากำลังของบุคลากร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4-5 คน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Ward) ทำหน้าที่ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นที่ปรึกษาของทีมการพยาบาล

เวรเช้า ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 4-5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน

ยกเว้น ตึกนายแพทย์ยรรยง มีพยาบาลวิชาชีพ 5-6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน

พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 1 เป็นหัวหน้าทีม (Incharge Ward) ทำหน้าที่ในการมอบหมายงานหรือกิจกรรมให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบ ซึ่งเน้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้แล้วยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์เวรกรณีที่ได้รับการช่วยเหลือตามแผนการพยาบาลแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เป็นหัวหน้าทีมในการวิเคราะห์ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ในช่วงรับ-ส่งเวร เพื่อวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บันทึกรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์เวรกรณีที่ได้รับการช่วยเหลือตามแผนการพยาบาลแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ จะเห็นได้ว่าบุคลากรเหล่านี้ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นได้ตลอดเวลา และเข้าร่วมประชุมการวินิจฉัยทางกระบวนการนิติจิตเวชอีกด้วย

พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 รับผิดชอบการดูแลสุขอนามัยผู้ป่วยจิตเวช จัดเตรียมให้การรักษาทั้งยาฉีด และยารับประทาน พร้อมทั้งหัตถการต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา ดูแลจัดเตรียมและแจกยารับประทานตามเวลา พร้อมทั้งเขียนบันทึกทางการพยาบาลและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแฟ้ม

พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 3 รับผิดชอบการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ภายในตึก เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มพัฒนาสิ่งแวดล้อม กลุ่มกีฬา กลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดี กลุ่มนันทนาการ กลุ่มเตรียมจำหน่าย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพฯลฯ ตามตารางกิจกรรมกลุ่มที่ทางตึกได้กำหนดไว้ในแต่ละวัน ซึ่งจะมีลักษณะของกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันทุกตึก อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ซึ่งแต่ละตึกต้องรับผิดชอบในการดำเนินกลุ่ม ตั้งแต่เปิดกลุ่มจนกระทั่งปิดกลุ่ม เช่น กลุ่มเตรียมจำหน่าย กลุ่ม Matrix กลุ่มสุรบำบัด และกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดี

สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งมารักษาตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 เท่านั้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่นอกเหนือจากกลุ่มอื่น ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะสำหรับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการไปต่อสู่คดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้จะส่งมาจากตึกต่างๆ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกนิติเวชต้องรับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม เป็นต้น

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วย และดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามเวลา ส่งผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เช่น กลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มเตรียมจำหน่าย กลุ่มMatrix กลุ่มสุรบาบัค และกลุ่มส่งเสริมงานอาชีพ ฟันฟูทักษะและความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งผู้ช่วยเหลือคนไข้มีหน้าที่ตรวจค้นตัวผู้ป่วยเมื่อกลับจากหน่วยงานต่างๆ หรือเมื่อผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันผู้ป่วยจิตเวชนำอาวุธหรือของมีคมกลับมาทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้ป่วยคนอื่น ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยหลบหนี ฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในรายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ตารางกิจกรรมที่กำหนดไว้มีดังนี้

เวลา 6.00-7.00น.	ผู้ป่วยตื่นล้างหน้าแปรงฟัน
เวลา 7.00-7.30น.	รับประทานอาหารเช้า และรับประทานยาหลังอาหารเช้า
เวลา 8.30-8.55น.	ออกกำลังกาย
เวลา 8.55-9.15น.	อาบน้ำทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ดูแลทำแผล ทายาและ นวด
เวลา 9.15-9.30น.	ไปร้านค้าสวัสดิการ
เวลา 10.00-11.00น.	เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
เวลา 12.00-13.00น.	รับประทานอาหารกลางวัน และรับประทานยาหลังอาหาร ดูทีวี
เวลา 13.30-15.00น.	กลุ่มกิจกรรมบำบัด
เวลา 15.00-16.00น.	อาบน้ำทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ดูแลทำแผลและทายา
เวลา 17.00-17.30น.	รับประทานอาหารเย็น และรับประทานยาหลังอาหาร
เวลา 17.30-20.00น.	ดูทีวี กลุ่มกิจกรรมบำบัด
เวลา 20.00-20.30น.	รับประทานยาก่อนนอนและสวดมนต์
เวลา 20.30-21.00น.	ดูทีวี
เวลา 21.00น.	พักผ่อนในห้องนอน

เวรป่วย (ปฏิบัติงานเวลา 16.00-24.00 น) เเวรคึก (ปฏิบัติงานเวลา 24.00-08.00 น) และ เเวรวันหยุดราชการ (ที่ปฏิบัติงานทั้งเวรป่วย และคึก) การจัดอัตรากำลังใกล้เคียงกัน คือ

เวรป่วย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

เวรคิก ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

ยกเว้น ดิกนายแพทย์ยรรยง มีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คนในแต่ละเวร

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 เป็นหัวหน้าทีม ทำหน้าที่มอบหมายงานให้ทีมซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ คนที่ 2 และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน ที่ขึ้นปฏิบัติงานร่วมกันในเวรบ่าย ในการปฏิบัติงานมีระบบการบริหารงานขึ้นตรงต่อพยาบาลผู้ตรวจการ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลบริหารจัดการทุกอย่างในโรงพยาบาลแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่หอผู้ป่วยฉุกเฉิน ถ้าเกิดเหตุการณ์ที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพต้องติดต่อประสาน และรายงานเหตุการณ์ต่อพยาบาลเวรหรือผู้ตรวจการ ซึ่งจะเป็นผู้ตัดสินใจและเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เวร เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการประสานงาน ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที นอกจากนี้เวรบ่ายดิกนายแพทย์ยรรยง มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 3 คน

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน เป็นผู้ร่วมทีมในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและเป็นแม่บ้าน และมีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือด้านการพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและที่อยู่อาศัย ดูแลเรื่องการหลับนอนของผู้ป่วย ดูแลและช่วยเหลือในการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย ดูแลป้อนอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่ให้หลบหนี ไม่ให้ทะเลาะวิวาท เป็นต้น

จากที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้วว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานดิกผู้ป่วยนิรภัยและดิกมัชฌิมนั้น อัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในมีน้อย และต้องพลัดเปลี่ยนลงพักรับประทานอาหาร ส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา ดังนั้นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เล็งเห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีม จึงมีการกำหนดให้จัดตั้งทีมฉุกเฉินเพื่อคอยช่วยเหลือ

หมายเหตุ บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานต้องอยู่ในทีมฉุกเฉิน ซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยดิกอื่นได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือมีการร้องขอ โดยใช้รหัส ทีม 8-9 หมายถึงการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวช ทีมบุคลากรที่สามารถไปช่วยเหลือได้ทุกคนทุกวิชาชีพ ส่วนรหัส 123 หมายถึงการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินเกี่ยวกับปัญหาทางกาย หรือเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพ ทีมบุคลากรที่สามารถไปช่วยเหลือคือแพทย์และพยาบาลเท่านั้น

สรุป พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การแสดงออกทางด้านอารมณ์หรือการกระทำของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาทางคำพูด ทางสีหน้า กิริยาท่าทาง หรือทั้งสองอย่างที่มีผลกระทบต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกนั้น ย่อมมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองคือ ผลกระทบทางร่างกายตัวผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บ ผลกระทบต่อบุคลากรก็ถูกผู้ป่วยทำร้าย เครียด เสียขวัญ และกำลังใจ มีทัศนคติไม่ดีกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมคือ ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมรุนแรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เริ่มจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยความเจ็บป่วยทางจิตและบุคลิกลักษณะส่วนตัว เพศ อายุ ระดับสติปัญญา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติความรุนแรงในอดีต ลักษณะครอบครัว ปัจจัยด้านบุคลากรประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากร ระดับความรู้และทักษะในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ความหนาแน่นของผู้ป่วยมากเกินไป สภาพโครงสร้าง กฎระเบียบที่ไม่เอื้อหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช นำมาสู่การหาวิธีการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และการจัดการเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ก็คือด้านตัวผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในด้านตัวผู้ป่วย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมีหลายวิธี เช่น การพูดคุย การใช้ยา รวมไปถึงการผูกมัด การใช้ห้องแยก การลดสิ่งกระตุ้น การจัดการด้านบุคลากร ได้แก่ การพัฒนาความรู้ ทักษะการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยการจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคลากร ส่งผลให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและมีแนวทางในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอให้เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การลดจนการเตรียมอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ให้พร้อมใช้ การจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงาน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ในการศึกษานี้ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้ทำการเก็บข้อมูลทางอ้อม โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนและ/หรือใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 50 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ

1. แพทย์ผู้ป่วยจิตเวชทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งที่มีคดีและจิตเวชทั่วไป และมีชื่อในรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตึกนิติเวช ตึกนายแพทย์ยรรยง ตึกนรินทร และตึกมัทธมา ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวนทั้งหมด 73 คน ที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ

2. เป็นบุคลากรในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยตึกนิตริภักย์ ตึกนายแพทย์ยรรยง ตึกนารินาถ และตึกมัชฌิมา ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สถานที่ทำการศึกษา

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนิติจิตเวช และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยหอผู้ป่วยนอก 1 ตึกและหอผู้ป่วยใน 4 ตึก ได้แก่ ตึกนิตริภักย์ ตึกนายแพทย์ยรรยง ตึกนารินาถ และตึกมัชฌิมา ขนาด 200 เตียง ให้บริการจิตเวชระดับตติยภูมิในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผู้ป่วยนิติจิตเวชเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โรคทางจิตเวชและเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม ตึกที่รับผู้ป่วยนิติจิตเวชได้แก่ ตึกนิตริภักย์ รับผู้ป่วยจิตเวชชายสามัญที่มีคดี ตึกนารินาถรับผู้ป่วยหญิงนิติจิตเวชและจิตเวชทั่วไป มีทั้งผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยพิเศษ ส่วนตึกมัชฌิมารับผู้ป่วยชายพิเศษทั้งนิติจิตเวชและจิตเวชทั่วไป ตึกนายแพทย์ยรรยงรับผู้ป่วยชายจิตเวชทั่วไปเป็นผู้ป่วยสามัญที่ไม่มีคดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการดูแลรักษาบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด นอกจากนี้แล้วยังรับผู้ป่วยสารเสพติดที่สำนักคุมประพฤติส่งมาบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามกฎหมายอีกด้วย

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตึกนารินาถ และตึกมัชฌิมานั้นมีผู้ป่วยนิติจิตเวชและจิตเวชทั่วไปพักรักษาอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้แล้วตึกมัชฌิมาเป็นตึกพิเศษซึ่งเป็นตึกเปิดโล่งไม่มีลูกกรงล้อมรอบแต่สามารถรับผู้ป่วยนิติจิตเวชไว้พักรักษาได้ เนื่องจากญาติได้ประกันตัวผู้ป่วย แต่ต้องมีเอกสารการประกันตัวของผู้ป่วยแนบมาด้วย

ด้านบุคลากร มีบทบาทหน้าที่ดูแลและให้การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหอผู้ป่วยจิตเวชแต่ละตึกมีอัตรากำลังของบุคลากรไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องด้วยจำนวนของผู้ป่วยที่รับไว้บางตึกมีสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน การปฏิบัติงานของบุคลากร จะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า บ่าย และ คึก สำหรับพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร มอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยและหน้าที่งานประจำแก่บุคลากรในทีม ประเมินคัดกรองผู้ป่วยส่งเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ อีกทั้งตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ดูแลให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น วางแผนด้านการดูแลรักษาและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบในรายที่จำเป็นหรือเร่งด่วน รวมทั้งปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบร่วมเข้าประชุมการวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของผู้ป่วยนิติจิตเวช สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้ร่วมทีมในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและเป็นแม่บ้าน มีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือด้าน

การพยาบาลประกอบด้วย การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดูแลเรื่องการหลับนอนของผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือในการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่ให้หลบหนี ไม่ให้ทะเลาะวิวาท เป็นต้น

การบริหารการจัดอัตรากำลังของบุคลากร ดังต่อไปนี้

เวรเช้า (ปฏิบัติงานเวลา 8.00 น. ถึง เวลา 16.00 น) อัตรากำลังของบุคลากร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4-5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Ward) ทำหน้าที่ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นที่ปรึกษาของทีมการพยาบาล

เวรบ่าย (ปฏิบัติงานเวลา 16.00-24.00 น) **เวรดึก** (ปฏิบัติงานเวลา 24.00-08.00 น) และ **เวรวันหยุดราชการ** การจัดอัตรากำลังใกล้เคียงกัน คือ

เวรบ่าย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

เวรดึก ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

ยกเว้น ดึกนายแพทย์บรรจง มีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คน ในแต่ละเวร

ด้านโครงสร้าง ดึกส่วนใหญ่เป็นดึก 2 ชั้น เป็นดึกปิดประกอบด้วยห้องต่างๆ เช่น ห้องแยก ห้องปฏิบัติการพยาบาล ห้องทำงานพยาบาล ห้องโถง ห้องนอน ห้องรับประทานอาหาร ห้องน้ำ ชั้นบนเป็นห้องนอนรวม ห้องโถง และห้องน้ำ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช Overt Aggression Scale ซึ่ง ชูคอฟสกี ซิลเวอร์ และแจคสัน (Yudofsky, Silver & Jackson, 1986) ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงตามลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และได้มีนักวิชาการจำนวนมากที่ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงไว้หลากหลาย โดยมีการพัฒนาและนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การศึกษานี้ผู้ศึกษาจึงได้นำแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของ กชพงศ์ สารการ (2542) ได้สร้างเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.95 มาประยุกต์ใช้ โดยปรึกษาท่านอาจารย์ที่ปรึกษา พัฒนาเป็นแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง ตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของภาษาและครอบคลุมเนื้อหาให้สอดคล้องและเหมาะสมก่อนที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (ภาคผนวก ก) แบบบันทึกนี้ พัฒนาโดยผู้ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค สถานที่ที่ได้รับการรักษา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติพฤติกรรมรุนแรงในอดีต และประวัติการประกอบอาชญากรรม จำนวน 13 ข้อ

1.2 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบบันทึกรายการ ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver & Jackson, 1986) ซึ่งกษพงศ์ สารการ (2542) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการประเมินลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น (ผู้ป่วยอื่น หรือ เจ้าหน้าที่) พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา

พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง เช่น หยิกข่วน หรือทุบตีหรือดิ่งทิ้งผมนตนเอง โบกศีรษะกับวัตถุแข็ง ใช้กำปั้นชกวัตถุสิ่งของ ทุบทำลายสิ่งของจนตนเองบาดเจ็บมีบาดแผล หรือ เกิดรอยฟกช้ำหรือบวม กัดตนเอง ทำร้ายตนเองจนได้รับบาดเจ็บหรือหมดสติ

พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น เช่น แสดงท่าทางคุกคามจะทำร้ายผู้อื่น ค่วาแขนผู้อื่น ผลักผู้อื่น ดิ่งทิ้งผู้อื่น ใช้อ้อมหรือกำปั้นชกหรือต่อยผู้อื่น ใช้เท้าถีบหรือเตะผู้อื่น ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ

พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ เช่น ปิดหรือถีบหรือทุบประตู ขว้างปาสิ่งของเคลื่อนกลาดไม่เป็นระเบียบ ดิ่งทิ้งเสื้อผ้าตนเอง ใช้อ้อมหรือเท้าทำลายสิ่งของแต่ไม่หัก ใช้อ้อมหรือเท้าทำลายสิ่งของจนแตกหัก จี๊ดเขียนฝาผนัง ใช้วัตถุฟาดสิ่งของ

พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา เช่น การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนดูถูกคนอื่น คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคาม บู่จะทำร้าย

1.3 การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากร ตามวิธีการจัดการที่บุคลากรปฏิบัติในหอผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกรายการ พัฒนาโดยผู้ศึกษา ซึ่งสามารถตอบได้หลายข้อ ประกอบด้วย (1) ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ (2) การพูดคุยกับผู้ป่วย (3) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (4) จับหรือคว่าผู้ป่วยไว้ก่อน (5) ให้ยารับประทานทันที (6) ให้ยาฉีดทันที (7) แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม (8) นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก และ (9) ใช้การผูกมัด

1.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ จำนวนผู้ป่วย เวลา และสถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

2. แบบสอบถามบุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (ภาคผนวก ข)
แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลากร แบบสอบถามนี้พัฒนาโดยผู้ศึกษา โดยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การเข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และการได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมหรือลดความมั่นใจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ โดยแบบสอบถามนี้ผู้ศึกษาคัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Martin & Daffern (2006)

หลักเกณฑ์ในการตอบแบบสอบถามมีดังนี้

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกปลอดภัยและความมั่นใจในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และบอกปัจจัยที่ทำให้มีความมั่นใจและความมั่นใจลดลงในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ อย่างละ 3 ข้อ

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ได้กำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึงระดับความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่มีมากอย่างยิ่ง
- 3 คะแนน หมายถึงระดับความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่มีมาก
- 2 คะแนน หมายถึงระดับความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่มี
- 1 คะแนน หมายถึงระดับความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่มีเลย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รับรองโครงการการศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาล หลังจากผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์แล้วผู้ศึกษาจึงเริ่มเก็บข้อมูลและผู้ศึกษาตระหนักถึงสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้โดย ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากแบบสอบถามสำหรับบุคลากร โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ประวัติความเป็นมาของการศึกษาค้างนี้ แจ้งให้ทราบถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ และไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุมัติเข้าศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. สำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช จากแฟ้มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการศึกษา
3. สำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากร ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษา

ขั้นดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ขณะรับไว้รักษาหอผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ ตีกันตีกัน ตีกันนายแพทย์ยรรยง ตีกัน

นาถ และด็กมัทธมา จากกลุ่มการพยาบาลที่ได้เก็บรวบรวมไว้ ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกเพิ่มผู้ป่วยจิตเวชจากเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา โดยผู้ศึกษาเป็นผู้บันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และสถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็นระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

2. ดำเนินการรวบรวมจำนวนยอดผู้ป่วยจิตเวชแต่ละวันของหอผู้ป่วยในทั้งหมดจากเวชสถิติ เป็นระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

3. ดำเนินการรวบรวมอัตราค่าจ้างของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ จากตารางเวรการปฏิบัติงานย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

4. ผู้ศึกษาแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและความรู้สึกลดถอยและความมั่นใจของบุคลากรในดูแลผู้ป่วยจิตเวช กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วย เหลือคนไข้ ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา 1 เดือน คือตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีรายละเอียดดังนี้

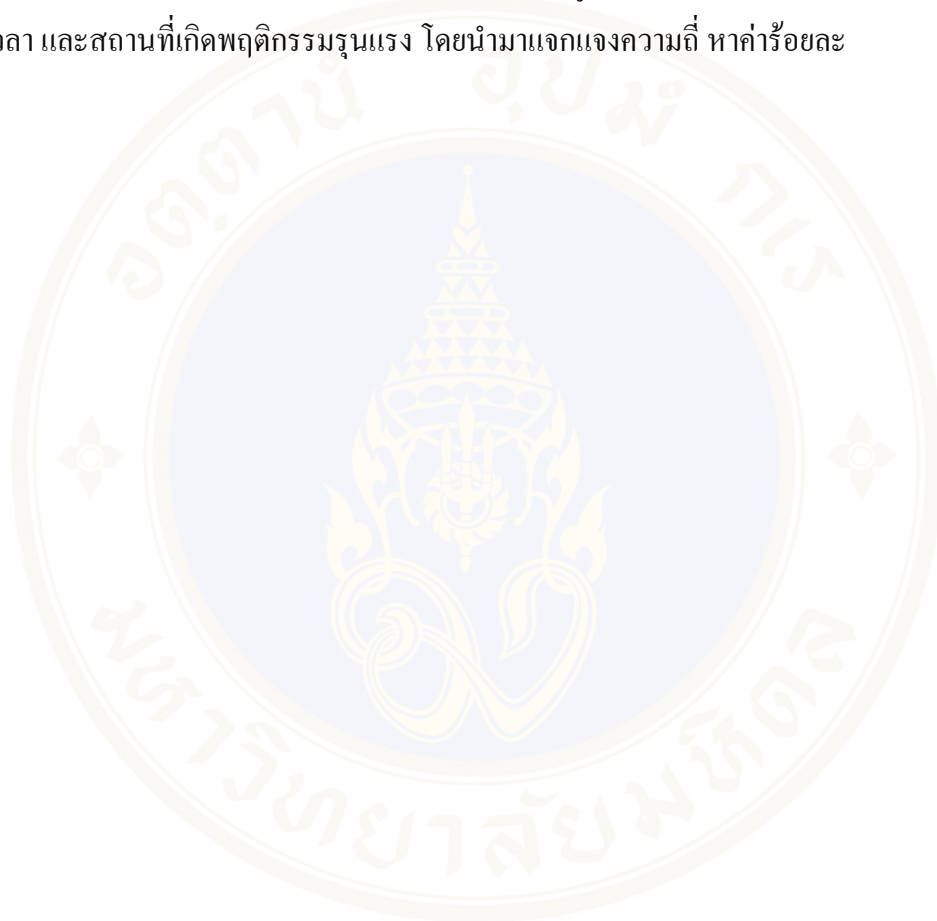
1. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกมาในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552 นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ

2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติอาชญากรรม และประวัติพฤติกรรมรุนแรงในอดีต โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

3. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากร การเข้ารับการอบรม การนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ และการได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

4. การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากรแต่ละลักษณะ โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

5. ความรู้สึกลดลงและความมั่นใจของบุคลากร โดยนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
6. ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือลดความมั่นใจของบุคลากร จากแบบสอบถามปลายเปิด นำมาการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และจากนั้นนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์นำมาแจกแจงความถี่
7. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ดึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ เวลา และสถานที่เกิดเหตุการณ์รุนแรง โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยและใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยใน จำนวน 50 ราย และจากแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน จำนวน 73 ราย สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านบุคลากร
- ส่วนที่ 4 การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 5 ความรู้สึกลดท้อ และความมั่นใจของบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นใจและลดความมั่นใจของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 1 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ตาราง 1 จำนวนครั้งและร้อยละของลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตาม เพศ และลักษณะพฤติกรรมรุนแรง (N = 50)

ลักษณะพฤติกรรม	ผู้ป่วยชาย จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	ผู้ป่วยหญิง จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	รวม (N = 71) จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง	6 (9.7)	1 (11.1)	7 (9.8)
พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้ป่วยอื่น	41 (66.1)	5 (55.6)	46 (64.8)
พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อเจ้าหน้าที่	5 (8.1)	1 (11.1)	6 (8.5)
พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ	3 (4.8)	0 (0)	3 (4.2)
พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา	7 (11.3)	2 (22.2)	9 (12.7)

*หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 คน มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่า 1 ครั้ง, 1 ลักษณะ

จากตาราง 1 พบว่า โดยภาพรวมของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงออกเป็นลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้ป่วยอื่นพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาเป็นลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทางวาจาคิดเป็นร้อยละ 12.7 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเองใกล้เคียงกับลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อเจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 9.8 และ 8.4 ตามลำดับ และพฤติกรรมต่อสิ่งของพบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.2

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรงและประวัติการประกอบอาชญากรรม

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพก่อนเข้ารับการรักษา (N = 50)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N = 50)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	86
หญิง	7	14
อายุ		
10-20 ปี	7	14
21-30 ปี	12	24
31-40 ปี	19	38
41-58 ปี	12	24
สถานภาพสมรส		
โสด	28	56
คู่	16	32
หม้าย	6	12
แยกกันอยู่	0	0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	50
มัธยมศึกษา	21	42
อนุปริญญา	2	4
ปริญญาตรี	2	4
อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา		
มี	18	36
ไม่มี	32	64

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการวินิจฉัยโรค และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (N = 50) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=50)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคจิตเภท	26	52
กลุ่มอาการทางจิตที่ไม่มีความผิดปกติทางสมอง	4	8
โรคอารมณ์แปรปรวน	8	16
ปัญญาอ่อน	1	2
โรคลมชัก	1	2
สารเสพติด	10	20
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล *		
อาละวาด หงุดหงิด	22	44
ทำลายทรัพย์สินหรือสิ่งของ	12	24
นอนไม่หลับ	10	20
ก้าวร้าวทางวาจา พุดข่มขู่	2	4
ทำร้ายผู้อื่น	9	18
ทำร้ายตนเอง	3	6
พุดมาก / พุดไม่รู้เรื่อง/ อยู่ไม่นิ่ง (Mania)	7	14
มีความคิดอยากตาย	1	2
หวาดระแวง	7	14
ใช้สารเสพติด	5	10
เดินเปลือยกาย เร่ร่อน	2	4

* หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 1 อาการ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง และประวัติการประกอบอาชญากรรม (N = 50) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N = 50)	ร้อยละ
ประวัติการใช้สารเสพติด		
มี	43	86
ไม่มี	7	14
ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง		
มี	45	90
ไม่มี	5	10
ประวัติการประกอบอาชญากรรม		
มี	10	20
ไม่มี	40	80

จากตาราง 2 ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 86 เป็นเพศหญิงร้อยละ 14 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 38 โดยมีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ ในช่วงอายุ 16-58 ปี และมีสถานภาพโสดร้อยละ 56 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 50 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 42 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 64 ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท ร้อยละ 52 รองลงมาคือ สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 20 และ โรคอารมณ์แปรปรวน ร้อยละ 16 ผู้ป่วยมักมีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ อาละวาด หงุดหงิด จำนวน 22 คน ร้อยละ 44 รองลงมาคือ มีอาการทำลายทรัพย์สินจำนวน 12 คน ร้อยละ 24 และมีอาการนอนไม่หลับจำนวน 10 คน ร้อยละ 20 โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 86 ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 90 จากการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการประกอบอาชญากรรมมาก่อนร้อยละ 80 แต่ยังพบว่า มีประวัติการประกอบอาชญากรรมมาก่อนเข้ารับการรักษาเพียง 10 รายก็ตาม แต่เป็นพฤติกรรมที่รุนแรงและสะท้อนขวัญแก่ประชาชนได้แก่ คดีพยายามฆ่า คดีลักทรัพย์ คดีสารเสพติด คดีบุกรุกและคดีขับรถโดยประมาท 3, 3, 2, 1, 1 รายตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเข้าอบรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช การนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการทำงาน (N = 73)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน) (N = 73)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	37	50.7
	หญิง	36	49.3
อายุ	20-30 ปี	1	1.4
	31-40 ปี	12	16.4
	41-50 ปี	31	42.5
	51- 60 ปี	29	39.7
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	26	35.6
	ปริญญาตรี	41	56.2
	ปริญญาโท	6	8.2
ตำแหน่งในการทำงาน	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	27	37
	พยาบาลวิชาชีพ	46	63

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันฯ
 ประสพการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช และประสพการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 ที่มีคดี (N = 73) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 73)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์		
1-5 ปี	10	13.7
6-10 ปี	1	1.4
11-20 ปี	30	41.1
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	32	43.8
ประสพการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
ไม่เคย	4	5.5
1-5 ปี	13	17.8
6-10 ปี	5	6.8
11-20 ปี	23	31.5
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	28	38.4
ประสพการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี		
ไม่เคย	9	12.3
1-5 ปี	23	31.5
6-10 ปี	15	20.5
11-20 ปี	17	23.3
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	9	12.3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย (N = 73) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 73)	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง		
ไม่เคย	3	4.1
เคย	70	95.9
ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง		
ไม่เคย	29	39.7
เคย	44	60.3
เข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช		
ไม่เคย	5	6.8
เคย	68	93.2
ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย		
ไม่ใช้	13	17.8
ใช้	60	82.2

จากตาราง 3 พบว่า เพศของบุคลากรเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.7 และ 49.3 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 42.5 รองลงมาอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 39.7 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.2 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 35.6 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 63 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 37 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.8 มีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.4 และมีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในช่วงเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 31.5

เคยมึประสพการณ้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 95.9 เคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 60.3 เคยได้เข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 93.2 และได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ร้อยละ 82.2



ส่วนที่ 4 การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรแต่ละระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดังแสดงในตาราง 4-5

ตาราง 4 จำนวนครั้งและร้อยละของการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยพยาบาลวิชาชีพ (N = 46)

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย จิตเวชสำหรับพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้จัดการใดๆ	0	0
พูดคุยกับผู้ป่วย	18	11.9
เฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด	15	9.9
จับหรือคว้าผู้ป่วยไว้ก่อน	1	0.7
ให้ยาปรับประทุกันทันที	0	0
ให้ยาฉีดทันที	49	32.4
แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม	1	0.7
นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก	47	31.1
ใช้การผูกข้อมือ	20	13.2

* หมายถึง วิธีการจัดการทำได้มากกว่า 1 วิธี

จากตาราง 4 โดยภาพรวมพบว่า การจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการฉีดยาทันทีมากที่สุด ร้อยละ 32.4 รองลงมาใช้วิธีนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก ร้อยละ 31.1 โดยวิธีการผูกข้อมือร้อยละ 13.2 พยาบาลใช้วิธีโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยร้อยละ 11.9 และใช้วิธีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดร้อยละ 9.9 นอกจากนี้แล้วยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ละเลยผู้ป่วย โดยใช้การจัดการวิธีใดวิธีหนึ่ง

ตาราง 5 จำนวนครั้งและร้อยละของการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ (N = 27)

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้	จำนวน	ร้อยละ
พูดคุยกับผู้ป่วย	1	1.0
เฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด	34	33.6
แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม	3	3.0
นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก	41	40.6
ใช้การผูกข้อมือ	20	19.8
ไม่ได้ระบุวิธีการจัดการ	2	2.0

* หมายเหตุ วิธีการจัดการทำได้มากกว่า 1 วิธี

จากตาราง 5 โดยภาพรวมพบว่า การจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยกมากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาใช้วิธีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 33.6 ใช้วิธีการผูกข้อมือ ร้อยละ 19.8 โดยวิธีการแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม ร้อยละ 3.0 โดยวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ร้อยละ 1.0 และไม่ได้ระบุวิธีการจัดการ ร้อยละ 2.0

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของบุคลากร (N = 73)

ความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัย	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร	ไม่มีความมั่นใจเลย 0 (0)	ไม่มีความมั่นใจ 8 (11.0)	มีความมั่นใจ 53 (72.6)
2. ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง	รู้สึกไม่ปลอดภัยเลย 4 (5.5)	รู้สึกไม่ปลอดภัย 42 (57.5)	รู้สึกปลอดภัยอย่างยิ่ง 23 (31.5)
3. ท่านมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลงได้	ไม่มีความสามารถเลย 0 (0)	ไม่มีความสามารถ 6 (8.2)	มีความสามารถอย่างยิ่ง 63 (86.3)
4. ท่านมีความสามารถในการมีส่วนร่วมยังพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยวิธีการผูกมัดได้	ไม่มีความสามารถเลย 0 (0)	ไม่มีความสามารถ 4 (5.5)	มีความสามารถอย่างยิ่ง 52 (71.2)

ตาราง 6 จํานวนและร้อยละของความรูสึกนึกพอใจและความรูสึกปลอดกัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของบุคลากร (N = 73) (ตอ)

ความรูสึกนึกพอใจและความรูสึกปลอดกัย	จํานวน (ร้อยละ)	จํานวน (ร้อยละ)	จํานวน (ร้อยละ)
5. ท่านมีความสามารถดูแลตนเองใหปลอดกัยเมื่อตองเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง	0 (0) "ไมมีความนํใจเลย"	5 (6.8) "ไมมีความนํใจ"	61 (83.6) มีความสามารถอยางยิ่ง มีความนํใจอยางยิ่ง
6. ท่านมีความนํใจในความสามารถของผูรวมงานของท่านในการดูแลความปลอดกัยของท่านและในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได	1 (1.4) รูสึกไมปลอดกัยเลย	9 (12.3) รูสึกไมปลอดกัย	54 (74.0) รูสึกปลอดกัย รูสึกปลอดกัยอยางยิ่ง
7. ท่านรูสึกปลอดกัยเมื่อปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณราชนครินทร์	0 (0) รูสึกไมปลอดกัยเลย	25 (34.2) รูสึกไมปลอดกัย	41 (56.2) รูสึกปลอดกัย รูสึกปลอดกัยอยางยิ่ง

จากตาราง 6 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ มีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ร้อยละ 72.6 มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 57.5 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลงได้ร้อยละ 86.3 มีความสามารถในการมีส่วนร่วมยับยั้งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยวิธีการพูดคุยได้ ร้อยละ 71.2 มีความสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 83.6 มีความมั่นใจในความสามารถของผู้ร่วมงานในการดูแลความปลอดภัยและในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ ร้อยละ 74.0 และส่วนใหญ่มีความรู้สึกปลอดภัยเมื่อปฏิบัติงานที่สถานบำบัดยาลักษณกรินทร์ ร้อยละ 56.2

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นใจและลดความมั่นใจของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ตาราง 7 จำนวนครั้งและร้อยละของปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นใจของบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง สามารถจัดกลุ่ม 5 อันดับ เรียงตามลำดับดังต่อไปนี้ (N = 73)

ปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นใจ	จำนวน	(ร้อยละ)
1. มีทีมบุคลากรที่พร้อมในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง	42	57.5
2. การประเมินอาการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง	21	28.8
3. สถานที่ และอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อม	14	19.1
4. มีความรู้	10	13.7
5. มีประสบการณ์การทำงาน	8	10.9

* หมายเหตุ บุคลากรตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 7 ปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบมากที่สุดคือ มีทีมบุคลากรที่พร้อมในการช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ บุคลากรมีความสามารถในการประเมินอาการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 28.8 อีกทั้งด้านสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือพร้อมใช้ คิดเป็นร้อยละ 19.1 โดยทั้งนี้ บุคลากรมีความรู้ คิดเป็นร้อยละ 13.7 และมีประสบการณ์การทำงาน ร้อยละ 10.9

ตาราง 8 จำนวนครั้งและร้อยละของปัจจัยที่ลดความมั่นใจของบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง สามารถจัดกลุ่ม 5 อันดับ เรียงตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่ทำให้ความมั่นใจลดลง	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ทีมฉุกเฉินไม่พร้อมมาล่าช้า	27	37.0
2. บุคลากรน้อยมีการผลัดลงพักรับประทานอาหาร	18	24.6
3. มีห้องแยกน้อย ห้องแยกไม่ว่าง	13	17.8
4. สถานที่คับแคบ	12	16.4
5. ประเมินอาการพฤติกรรมรุนแรงไม่แม่นยำ	10	13.7

* หมายเหตุ บุคลากรตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 8 ปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจลดลงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่พบมาก คือทีมไม่มีความพร้อม มาล่าช้า ประกอบกับมีอายุมาก คิดเป็นร้อยละ 37.0 ด้านอัตรากำลังซึ่งพบว่ามีบุคลากรน้อย เนื่องจากการผลัดลงพักรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 24.6 สำหรับห้องแยกมีน้อยไม่เพียงพอกับการจำกัดพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 17.8 เกี่ยวกับทางด้านสถานที่คับแคบ คิดเป็น ร้อยละ 16.4 ซึ่งนอกจากนี้แล้วยังพบว่าบุคลากรมีความสามารถในการประเมินอาการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ไม่แม่นยำ คิดเป็น ร้อยละ 13.7

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ ดึกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เวลา สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ตาราง 9 จำนวนครั้งและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม ดึกที่เข้ารับการรักษา เวลา สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง (N = 50)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ดึกที่เข้ารับการรักษา		
ตึกนิติเวช (สามัญชาย มีคดี)	11	22
ตึกนารีนาถ (หญิงพิเศษ, สามัญ มีคดีและไม่มีคดี)	7	14
ตึกมัชฌิมา (พิเศษชาย มีคดีและไม่มีคดี)	6	12
ตึกนายแพทย์รณรงค์ (สามัญชาย ไม่มีคดี)	26	52
เวลา		
เวรเช้า (8.00-16.00น)	29	40.8
เวรบ่าย (16.00-24.00น)	18	25.4
เวรดึก (24.00-8.00น)	6	8.4
ไม่ได้บันทึก	18	25.4
สถานที่		
ห้องโถง	27	38.0
ห้องนอน	9	12.7
ห้องรับประทานอาหาร	6	8.5
ห้องน้ำ	6	8.5
ห้องแยก	3	4.2
ห้องญาติเยี่ยม	1	1.4
ร้านค้า	1	1.4
ไม่ได้บันทึก	18	25.3

จากตาราง 9 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาดีกนายแพทย์รณรงค์ (สามัญชาย ไม่มีคดี) มากที่สุด ร้อยละ 52 รองลงมาคือ ตึกนิติเวช (สามัญชาย มีคดี) ร้อยละ 22 เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่ เป็นเวรเช้า ร้อยละ 40.8 สำหรับสถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ ห้องโถงมากที่สุด ร้อยละ 38.0 รองลงมาคือห้องนอน ร้อยละ 12.7



บทที่ 5 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ โดยศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552 พบว่ามีรายงานพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจำนวน 71 ครั้ง ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้ป่วยอื่นจำนวน 46 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา 9 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเองจำนวน 7 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อเจ้าหน้าที่จำนวน 6 ครั้ง และพฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของจำนวน 3 ครั้ง ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chou และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 55.3 เช่นเดียวกับ เจตน์ภาดา นาคบุตร (2547) ได้ทำการศึกษาผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบว่า ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นพบมากที่สุด คือพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากใบรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจำนวนอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่พบมีแนวโน้มต่ำกว่า ซึ่งจากรายงานความเสี่ยง ผู้เขียนรายงานมักจะรายงานในกรณีที่เกิดความรุนแรงที่เห็นได้ชัดและมีความรุนแรงในระดับสูงเท่านั้น อีกทั้งบุคลากรยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงอุบัติการณ์/ความเสี่ยง รวมทั้งผู้ประเมินยังมีทัศนคติในด้านลบกับการเขียนใบรายงานความเสี่ยงและเนื่องด้วยภาระงานที่มีมาก

หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในแฟ้มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 50 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมรุนแรง 71 ครั้ง ซึ่งมีผู้ป่วยรายหนึ่งเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงสุด 5 ครั้ง และจากรายงานของพยาบาลในบันทึกทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชมักแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าหนึ่งลักษณะ และมักจะมีพฤติกรรมรุนแรงทางวาจาไปด้วย (Dexter & Wash, 1995; Yudofsky et al., 1986) ซึ่งจากประสบการณ์การปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในพบว่า พฤติกรรมรุนแรงทางวาจานั้นมีมาก แต่เนื่องจากไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลไว้ จึงทำให้สถิติที่ได้น้อยกว่าความเป็นจริง และจากการสอบถามบุคลากรบางส่วนเข้าใจว่าพฤติกรรมทางวาจาเป็นพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง อันเนื่องมาจากการเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นหรือเกิดภาวะที่เป็นอันตราย เมื่อเทียบกับพฤติกรรมรุนแรงด้านอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมรุนแรงทางวาจาที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงออกมา อาจจะเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงลักษณะอื่น หรือเกิดพร้อมกันกับพฤติกรรมรุนแรงลักษณะอื่นๆ ได้ต่อไป

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรงและประวัติการประกอบอาชญากรรม ผู้ศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาลิกา ไควบุญงาม (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Spiessl, Krischker & Cording (1998) ที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง การที่เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ชายจะมีอารมณ์ร้อน ง่าย หุนหันพลันแล่น โกรธและหงุดหงิดง่าย โดยเฉพาะในวัยรุ่นเพศชายที่มีระดับฮอร์โมนเพศชาย (testosterone) จำนวนมากกว่าระดับปกติ ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง มักมีความอดทนต่ำ และเกิดอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสาเหตุเพียงเล็กน้อย หรือมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าคนอื่นๆ (Hamolia, 2001) จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ แฟ้มผู้ป่วยจิตเวชและใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีพฤติกรรมรุนแรงของหอผู้ป่วยใน ซึ่งการเกิดพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ประกอบด้วยหอผู้ป่วยชาย มีจำนวน 3 ตึก หอผู้ป่วยหญิงจำนวน 1 ตึก เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงที่รับไว้

รักษาเป็นผู้ป่วยในนั้นไม่เท่ากัน ดังนั้นจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยชายจึงเกิดมากกว่าผู้ป่วยหญิง

อายุ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของฮักซ์ ไรบา และกลิก (Hughes, Riba & Glick, 1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และที่พบอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากมักอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกษพงศ์ สารการ (2542) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี

การวินิจฉัยโรค ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 52) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะโรคจิตเภท ที่มีอาการประสาทหลอนทางหู ผู้ป่วยอาจได้ยินคำสั่งว่าให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (จิตจางง ผลพหุภาษา, 2541) โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวง อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากแบบแผนของความคิดจะมีลักษณะหลงผิด คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายคนอื่นได้ (Duxbury, 2002)

ประวัติมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีตมาก่อนถึง ร้อยละ 90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของริกเคิลแมน (Rickelman, 2003) ที่กล่าวถึงผู้ที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น มีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม เคยถูกจับด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรม ร่วมกับการป่วยเป็นโรคทางจิตจะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้จากการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวชจำนวน 183 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติทางจิตในครอบครัว และมีอาการทางจิตขณะประกอบคดี มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีประวัติการประกอบอาชญากรรมเพียง 10 ราย แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมที่มีระดับรุนแรงสูง ได้แก่ คดีพยายามฆ่า เป็นต้น

ปัจจัยด้านบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยของบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งในการทำงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย ผู้ศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรเพศชายจะได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของคูเปอร์ (Cooper, 1995) ที่ได้กล่าวไว้ว่า บุคลากรเพศชายเมื่อจำเป็นต้องมีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มักจะจัดการกับผู้ป่วยอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคำพูดและกิริยาท่าทาง บางครั้งแสดงการขู่ หรือ ล้อเลียนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการศึกษารังนี้ อุบัติการณ์การได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบในบุคลากรเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ผู้ที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงคนแรกๆ ส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรเพศชาย

อายุ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จะเคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ (Blair & New, 1991) ที่พบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรงโดยผู้ป่วยมากกว่า โดยพยาบาลที่ถูกผู้ป่วยทำร้าย มีอายุเฉลี่ย 25.8 ปี (Chou et al., 2002) จากผล การศึกษารังนี้แตกต่างจากผลของการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและไม่มีคดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมรุนแรงและมีภาวะอันตราย ดังนั้นการเข้าช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงจึงต้องขอความร่วมมือจากทีมฉุกเฉินโดยทีมฉุกเฉินที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือในขณะที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีอายุ 51-60 ปี ซึ่งขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าและเป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยสูงที่สุด ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอายุมาก และบางคนมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงที่จะได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ตำแหน่งในการทำงาน ผลการศึกษารังนี้พบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้เคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2002) ที่ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคลากรเกี่ยวกับระดับการศึกษาทางการพยาบาลกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ที่ศึกษาพยาบาลในระดับต้น จะถูกผู้ป่วยทำร้ายถึงร้อยละ 66 ส่วนพยาบาลที่เรียนระดับปริญญาตรีจะถูกผู้ป่วยทำร้ายร้อยละ 14 ผลการศึกษารังนี้ที่พบอุบัติการณ์การที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้รับบาดเจ็บจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ อาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่จัดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นผู้ที่เข้าไปจำกัดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ดังนั้น ผู้ช่วย

เหลือคนไข้จึงมีโอกาที่จะได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพ

ประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปีขึ้นไปเคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉลี่ย 23 เดือนจะถูกผู้ป่วยทำร้ายได้มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานนาน 52 เดือน และจากการศึกษาของ Alspach (1993) พบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้และนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงน้อย จะถูกผู้ป่วยทำร้ายมากที่สุด เช่นเดียวกับ ชีระ ลีลานั้นทกิจ (2541) ที่พบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยและขาดประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วย จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายสำหรับในการศึกษานี้ ถึงแม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อนหน้านี้แล้วก็ตาม บุคลากรกลุ่มดังกล่าวยังคงได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

การนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยถึงร้อยละ 82.2 บุคลากรได้ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินเพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน และให้บริการอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีบุคลากรร้อยละ 17.8 ที่ไม่ได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากขาดความตระหนักในการใช้แบบประเมิน แต่ประเมินอาการผู้ป่วยจากความรู้สึกของตนเองโดยอาศัยประสบการณ์เดิม จากการสอบถามบุคลากรเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการใช้แบบประเมินระดับความก้าวร้าว (Modified Overt Aggressive Scale) พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าแบบประเมินเข้าใจยาก เครื่องมือยังไม่ไวพอ ต้องนำมาถ่วงน้ำหนักหาค่าระดับพฤติกรรมรุนแรง ทำให้เสียเวลา ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชนั้นมักมีโอกาสดเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา บางครั้งไม่มีอาการนำมาก่อนและในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงมาแล้ว สิ่งที่บุคลากรปฏิบัติได้คือการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากการรับเวร-ส่งเวรและประเมินอาการร่วมกันในเวลานั้น จึงทำให้การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีโอกาสผิดพลาดได้

การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้การจัดการของบุคลากรเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การจัดการโดยพยาบาล และการจัดการโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงโดยพยาบาล ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการฉีดยาทันที (ร้อยละ 32.4) ซึ่งวิธีการฉีดยาทันทีของพยาบาลถือว่าเป็นวิธีการจัดการที่ดีวิธีหนึ่ง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบอย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้อื่น และสิ่งของได้ ดังการศึกษาของ ฟิชเชล เฟร์ไรโร โรเนอร์ตัน นิคเคิล แจคสัน และ แฮนแนน (Fishe, Fereiro, Rynerson, Nickell, Jackson & Hannan, 1994) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจะได้รับยาเมื่อจำเป็น ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ริคเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้กล่าวไว้ว่าในกรณีที่บุคลากรจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการอื่นๆ ไม่ได้ผลและผู้ป่วยจิตเวชยังมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการฉีดยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง ส่วนการจัดการเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก (ร้อยละ 40.6) ซึ่งวิธีการจัดการวิธีนี้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการให้การดูแลผู้ป่วย

ความรู้สึกรับผิดชอบและความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากรในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ร้อยละ 72.6 และจากแบบสอบถามบุคลากรเชิงคุณภาพในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจนั้น 5 อันดับ ซึ่งเรียงตามลำดับดังนี้ คือ 1) มีทีมฉุกเฉินพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงซึ่งในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีทีมฉุกเฉิน 2) มีการประเมินอาการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการประเมินอาการและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน 3) มีสถานที่ซึ่งหมายถึงห้องแยก และอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้ 4) บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 5) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ทั้งนี้บุคลากรที่มีประสบการณ์มากจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจต่อการจัดการ การปฏิบัติงานหรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี

สำหรับบุคลากรที่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 57.5 บุคลากรที่ตอบแบบสอบถามในประเด็นนี้ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเหล่านี้มีคดียี่สิบรุนแรงและสะเทือนขวัญ ซึ่งในเวลา

ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็นช่วงที่อัตราค่าล้างของบุคลากรที่อยู่ตึกมีน้อย โดยทั้งนี้เนื่องมาจากเป็นเวลาที่บุคลากรผลัดเปลี่ยนกันลงพักรับประทานอาหารพร้อมกันทุกตึก จึงจำเป็นต้องเรียกทีมฉุกเฉินช่วยเหลือ อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกายของทีมฉุกเฉินบางคนไม่พร้อมอันเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกาย จึงทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่ สอดคล้องกับคำตอบเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจลดลง 5 อันดับ คือ 1) ทีมฉุกเฉินไม่พร้อม 2) บุคลากรน้อย 3) ห้องแยกน้อยและไม่ว่าง 4) สถานที่คับแคบ 5) ประเมินอาการไม่ถูกต้อง บุคลากรบางส่วนตอบว่ารู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธีระ ลีลานั้นทกิจ (2541) พบว่าสาเหตุที่บุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้าย เกิดจากการเข้าไปจัดการกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้สึกกลัว โกรธ อยากหนีไปจากที่ทำงาน เสียขวัญและกำลังใจจากการปฏิบัติงาน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจัดได้ว่าเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งประกอบด้วย ตึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ อัตราค่าล้างของบุคลากรช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง เวลาและสถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ตึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า สถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่คือ ตึกนายแพทย์รณรงค์ ซึ่งเป็นตึกสามัญชนรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีคิ และผู้ป่วยสารเสพติดไว้รักษา ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายซึ่งสถานที่คับแคบ มีจำนวนผู้ป่วยมาก ขอดผู้ป่วยเฉลี่ยแต่ละวัน 55 ราย และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสภาพแวดล้อมมีความแออัด คับแคบ มีผู้ป่วยจำนวนมาก และสภาพโครงสร้างของตึก สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย Vanderslott (1998) จากการศึกษาในครั้งนี้ ตึกนายแพทย์รณรงค์ เป็นตึกที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยสูง เนื่องจากเป็นตึกที่รับผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ที่ติดสารเสพติด ที่สำนักคุมประพฤติส่งรักษาตามกฎหมาย ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน งุนงง เพื่ออาละวาด เมื่อผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ต้องอยู่รวมกับผู้ป่วยคนอื่น ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการกระทบกระทั่งและก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

อัตราค่าล้างของบุคลากรช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง การศึกษาค้นคว้าพบว่าช่วงที่บุคลากรผลัดเปลี่ยนกันลงพักรับประทานอาหาร เป็นช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ เพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นมีจำนวนน้อย ซึ่งอัตราค่าล้างของ

บุคลากรแต่ละตึกส่วนใหญ่ จะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ประมาณ 1-2 คน และให้การดูแลผู้ป่วยประมาณ 40-50 คน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา Chou et al. (2002) พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยในวันหยุดราชการจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เนื่องจากมีอัตราค่าจ้างพยาบาลไม่เพียงพอ

เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง การศึกษาครั้งนี้พบว่าเวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเวรเช้าคือ เวลา 8.00-16.00น. ซึ่งมีอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 26 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Vanderslott (1998) ที่พบว่า การเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเกิดในเวลากลางวัน ร้อยละ 44.6 ซึ่งเป็นเวลาที่บุคลากรมีภาระงานมาก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับจากกลุ่มกิจกรรมซึ่งเป็นเวลาเดียวกันที่ผู้ป่วยทุกคนต้องอยู่ตึก อีกส่วนหนึ่งจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทำความสะอาดร่างกายตนเอง จึงมีผู้ป่วยจำนวนมาก แออัด และสถานที่คับแคบ

สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษานี้พบว่า สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นส่วนใหญ่คือ ห้องโถง เป็นห้องที่ใช้ทำกิจกรรม ได้แก่ สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งดูโทรทัศน์ และนอนเล่น ซึ่งบางครั้งใช้ทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะเดียวกันเช่นผู้ป่วยบางส่วนนั่งดูโทรทัศน์ อีกส่วนหนึ่งไว้สำหรับนอนเล่น เป็นต้น นอกจากนี้ตึกมัชฌิมาและตึกนารินาใช้ห้องโถงเป็นห้องรับประทานอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีสถานที่และข้อจำกัดของโครงสร้างตึก สอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2002) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สถานที่ที่ทำกิจกรรมร่วมกันของผู้ป่วย เช่น การใช้ห้องนั่งร่วมกัน ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทำความสะอาดร่างกาย หรือห้องรับประทานอาหารในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารร่วมกัน มีแนวโน้มและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนและ/หรือใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) เพิ่มประวัติผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะรับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งที่มีคดีและจิตเวชทั่วไป ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552 จำนวน 50 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2552 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2552 จำนวน 73 คน

สรุปผลการศึกษา

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้แบ่งลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่นออกเป็น พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้ป่วยอื่นและทางร่างกายต่อเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้ป่วยอื่นมากที่สุด ร้อยละ 64.79 รองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา ร้อยละ 12.68 พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อตนเอง ร้อยละ 9.85 พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 8.45 และพฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของพบน้อยที่สุด ร้อยละ 4.22

ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 86 โดยมีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 38 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 56 การศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 64 ได้รับการวินิจฉัยโรคคือโรคจิตเภท ร้อยละ 52 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ อาละวาด หงุดหงิด ร้อยละ 44 มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 86 และประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน ร้อยละ 90 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการประกอบอาชญากรรมมาก่อน ร้อยละ 80 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชมีประวัติการประกอบอาชญากรรมมาก่อนเข้ารับการรักษา 10 ราย ร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม

พฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกเป็นที่สะท้อนขวัญแก่ประชาชนได้แก่ คดีพยายามฆ่า คดีลักทรัพย์ คดีสารเสพติด คดีบุกรุกและคดีขับรถโดยประมาท 3, 3, 2, 1, 1 รายตามลำดับ

ปัจจัยด้านบุคลากรพบว่า บุคลากรเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 81.08 และ 38.89 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 42.5 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.2 ตำแหน่งในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 63 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.8 นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.4 มีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 31.5 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 95.9 เคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 60.3 เคยได้เข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 93.2 และได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ร้อยละ 82.2

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรพบว่า พยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการจัดการ โดยการใช้วิธีการนัดยาทันทีมากที่สุด ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือใช้วิธีการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก ร้อยละ 31.1 โดยวิธีการผูกมัด ร้อยละ 13.2 โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย ร้อยละ 11.9 และใช้วิธีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 9.9 สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยกมากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาใช้วิธีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 33.6 ใช้วิธีการผูกมัด ร้อยละ 19.8 โดยวิธีการแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม ร้อยละ 3.0

ผลการวิเคราะห์ความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า บุคลากรมีความรู้สึกปลอดภัย และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีทำที่ไม่เป็นมิตร ร้อยละ 72.6 อย่างไรก็ตามบางส่วนมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 57.5 นอกจากนี้บุคลากรมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลงได้ ร้อยละ 86.3 อีกทั้งสามารถยับยั้งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยวิธีการผูกมัดได้ ร้อยละ 71.2 รวมทั้งดูแลตนเองให้ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 83.6 มีความมั่นใจในความสามารถของผู้ร่วมงานในการดูแลความปลอดภัย และในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ ร้อยละ 74.0 และมีความรู้สึกปลอดภัยเมื่อปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ ร้อยละ 56.2

ปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจ 5 อันดับ เรียงตามลำดับดังนี้ คือ (1) มีทีมฉุกเฉินที่พร้อมในการช่วยเหลือ (2) สามารถประเมินอาการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง (3) ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือพร้อมใช้ (4) มีความรู้ ความสามารถ (5) มีประสบการณ์การทำงาน

ปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจลดลง 5 อันดับ เรียงตามลำดับดังนี้ คือ (1) ทีมไม่มีความพร้อมมาล่าช้า (2) ด้านอัตราการกำลังซึ่งพบว่ามียุทธการน้อย (3) มีห้องแยกน้อยไม่เพียงพอต่อการจำกัดพฤติกรรม (4) ด้านสถานที่คับแคบ (5) การประเมินอาการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ไม่แม่นยำ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาที่คลินิกเวชกรรมมากที่สุด ร้อยละ 52 ซึ่งเป็นตึกสามัญชาวยุทธการผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีคดี และผู้ป่วยสารเสพติดได้รับการรักษา สภาพหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก สถานที่คับแคบ รองลงมาคือตึกนิติเวช ร้อยละ 22 ส่วนตึกนรีนาถและตึกมัชฌิมาใกล้เคียงกัน ร้อยละ 14 และ 12 ตามลำดับ เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด เป็นเวรเช้า (8.00-16.00น.) ร้อยละ 40.8 รองลงมาเป็นเวรบ่าย (16.00-24.00น.) ร้อยละ 25.4 สำหรับสถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุดคือ ห้องโถง ร้อยละ 38.0 รองลงมาคือ ห้องนอน ร้อยละ 12.7

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล และด้านบริหารทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการศึกษานี้ นำมาซึ่งการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนี้คือ

1. ผลจากการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยขณะให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพ แม่นยำ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน

2. ผลจากการศึกษาถึงปัจจัยด้านบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ทำให้พยาบาลมีความตระหนักถึงความเสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและการที่จะลดความเสี่ยงนั้นเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้พยาบาลยังมีแนวทางในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยแสดงออก

3. ผลจากการศึกษาถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้คือ

1. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical practice guideline) ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวช

2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การใช้กลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะในการจัดการเมื่อมีอารมณ์โกรธ (Anger management group) กลุ่มกีฬา เป็นต้น

ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการบริหารงานทางการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้คือ

1. ควรจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟู ฝึกทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงแก่บุคลากรอย่างน้อยปีละครั้ง อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบุคลากรที่จบใหม่หรือเพิ่งย้ายมาใหม่และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. ควรมีการปรับปรุง แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชให้เหมาะสม สะดวกและเข้าใจง่าย มีการชี้แจงให้กับบุคลากรทราบถึงแนวทางการปฏิบัติ

3. ควรมีการนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากรทางการพยาบาล

4. มีการส่งเสริมให้บุคลากรไปศึกษาดูงานนอกหน่วยงาน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

5. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ เช่น การจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลและสามารถนำไปสู่หลักประกันคุณภาพของโรงพยาบาลได้

การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณราชนครินทร์
A SITUATIONAL ANALYSIS OF VIOLENT BEHAVIORS IN PSYCHIATRIC PATIENTS
AT GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE

ศุคสาคร จำม้น 4937566 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

พฤติกรรมรุนแรงนับเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง คนอื่นและสิ่งของ (กชพงศ์ สารการ, 2542) จากสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 87,776 ราย (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2551) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเนื่องมาจากมีอาการทางจิต เช่น มีความคิดหลงผิด หวาดระแวง ทำทางไม่เป็นมิตร มีพฤติกรรมแปลกประหลาด เอะอะ อาละวาด วุ่นวาย แยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมามีความรุนแรงจนนำมาซึ่งพฤติกรรมรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) นอกจากนี้ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงยังคงมีอยู่และส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ด้าน โดยที่ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่การที่ผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บหรือถ้ามีความรุนแรงอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ส่วนผลกระทบต่อผู้อื่น ได้แก่การที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอื่นและบุคลากรที่ทำให้

การดูแล (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) ซึ่งสาเหตุของการที่บุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้ายเกิดจากการเข้าไปจัดการกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้สึกกลัว โกรธ อยากหนีไปจากที่ทำงาน เสียขวัญและกำลังใจในที่ปฏิบัติงาน (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541) นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงยังส่งผลกระทบต่อสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยทำให้เกิดความเสียหายด้วย เช่น เติงนอน เก้าอี้ และภาชนะใส่อาหาร เป็นต้น (Tam et al., 1996)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชขณะที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยพบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่จะพบในผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้คือ เป็นเพศชาย (Spiessl et. al, 1998: สาลิกา ไคว์บุญงาม, 2550) มีอายุน้อย (Tardiff et al., 1997) มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Swanson et al., 1990) มีประวัติความรุนแรงในอดีต (Anderson et al., 2004) มีประวัติความขัดแย้งภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกไม่ดี ขาดความรักและความอบอุ่น (วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, 2550) มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ (Borum et al., 1996) มีการเรียนรู้บกพร่อง (Hassiotis & Hall, 2004) มีการใช้สารเสพติด (Steadman et al., 1998) หรือขณะอยู่ในช่วงถอนยา โดยเฉพาะสุราและ แอมเฟตามีน (วสุ จันทระศักดิ์, 2543) และโรคทางจิตเวชบางโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉียบพลันที่มีอาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงมาสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าผู้อื่น มีความคิดหลงผิดหวาดระแวง กลัวคนทำร้ายและอยู่ในภาวะสับสน (ดวงตา กุศลรัตนญาณ, 2541) ผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์แปรปรวน โดยเฉพาะในระยะอารมณ์คลั่ง ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้เช่น การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (กชพงศ์ สารการ, 2542) นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคลากรที่สัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ได้แก่ ลักษณะบุคลิกของผู้ดูแล เช่น เพศของบุคลากร ประสบการณ์การดูแลของบุคลากร และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย (Hahn et al., 2006) นอกจากนี้ความรุนแรงในผู้ป่วยอาจเกิดจากลักษณะการปฏิบัติงานที่รับแรงของบุคลากร ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีต่อผู้ป่วยเช่น การเพิกเฉย ไม่รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ใช้เสียงดังแสดงความมีอำนาจ ออกคำสั่งกับผู้ป่วย (Borrow, 1994 อ้างใน สุรัช สุนันดา, 2545) อีกทั้งการที่สัดส่วนของบุคลากรไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงได้ (Hahn et al., 2006) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่เสียงรบกวนจากภายนอกตึกผู้ป่วย สภาพภายในหอผู้ป่วยที่มีอากาศไม่ถ่ายเท ร้อนอบอ้าว ผู้ป่วยมีจำนวนมากเมื่อเทียบกับขนาดของหอผู้ป่วย กฎระเบียบที่เคร่งครัดเกินไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงได้ (Chou et al., 2002; Vanderslott, 1998)

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นำมาสู่การหาวิธีการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และการจัดการเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือด้านตัวผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในด้านตัวผู้ป่วย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมีหลายวิธี เช่น การพูดคุย การให้ยา รวมไปถึงการผูกมัด การใช้ห้องแยก การลดสิ่งกระตุ้น (Foster, Bowers & Nijman, 2007) อย่างไรก็ตามวิธีการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของบุคลากรที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งแต่ไม่รุนแรง การจัดการอาจใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาอย่างต่อเนื่องและหลายพฤติกรรมเป็นเวลานาน ต้องใช้วิธีการจัดการหลายวิธีร่วมกัน เพื่อลดระดับของพฤติกรรมรุนแรง (Harris & Rice, 1997 อ้างในกษพงศ์ สารการ, 2542) ตัวอย่างเช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ พาผู้ป่วยไปยังที่สงบ เบี่ยงเบนความสนใจ แนะนำให้เล่นเกม เล่นกีฬา หรือเดินเล่น เป็นต้น (Finnema et al., 1994) การจัดการด้านบุคลากร ได้แก่การพัฒนาความรู้ ทักษะการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคลากร ส่งผลให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและมีแนวทางในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Roberts, Raphael, Lawrence, O' Toole, & O' Brien, 1997; เบญจมาพร บัวหลวง, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าด้านสิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญอีกด้านหนึ่งในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้มีความสะดวกต่อการทำงาน อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผูกมัด ยาและอุปกรณ์ในการให้ยาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนการจัดวางโต๊ะทำงานให้อยู่ในบริเวณที่มองเห็นผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Morrison, 1993; Sclafani, 1986)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้บริการระดับตติยภูมิในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการครอบคลุมถึงผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม ซึ่งหน่วยงานราชการหรือญาตินำส่งเพื่อรักษาและตรวจวินิจฉัย นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีคดีที่เกี่ยวข้องกับการใช้พฤติกรรมรุนแรงเป็นที่สะท้อนขวัญสำหรับประชาชนและมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีรายงานพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจำนวน 73 ครั้ง ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อ ผู้ป่วยอื่นจำนวน 46 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจำนวน 11 ครั้ง ทำร้าย

เจ้าหน้าที่จำนวน 11 ครั้ง และทำลายทรัพย์สินจำนวน 5 ครั้ง ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นสถิติที่ค่อนข้างสูง ส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่น และยังก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยที่ผ่านมาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความตระหนักในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยและยังได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้ว่าเคยผ่านการอบรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงมาแล้วก็ตาม ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจถึงสถานการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรง ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน อีกทั้งส่งเสริมให้บุคลากรมีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ขณะรับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีขอบเขตการศึกษาในประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. ศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการใช้สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรงในอดีต 2) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งในการทำงาน ประสบการณ์การทำงาน การนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากรในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อัตรากำลังของบุคลากรช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง เวลาและสถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงาน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ในการศึกษานี้ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้ทำการเก็บข้อมูลทางอ้อม โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง จากเวชระเบียนและ/หรือใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจำนวน 50 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ

1. เพิ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งที่มีคดีและจิตเวชทั่วไป และมีชื่อในรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตึกนิติเวช ตึกนายแพทย์ยรรยง ตึกนารีนาถ และตึกมัทธมา ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวนทั้งหมด 73 คน ที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ

1. พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นบุคลากรในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยตึกนิติเวช ตึกนายแพทย์ยรรยง ตึกนารีนาถ และตึกมัทธมา ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สถานที่ทำการศึกษา

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ให้บริการระดับตติยภูมิในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลประกอบด้วยหอผู้ป่วยนอก 1 ตึกและหอผู้ป่วยใน 4 ตึก ได้แก่ ตึกนิติรักษ์ ตึกนายแพทย์ยรรยง ตึกนารีนารถ และตึกมัชฌิมา ขนาด 200 เตียง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ ตึกนิติรักษ์ รับผู้ป่วยจิตเวชชายสามัญ ตึกนารีนารถรับผู้ป่วยหญิงจิตเวชและจิตเวชทั่วไปมีทั้งผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยพิเศษ ส่วนตึกมัชฌิมารับผู้ป่วยชายพิเศษมีทั้งจิตเวชและจิตเวชทั่วไป ตึกนายแพทย์ยรรยงรับผู้ป่วยชายจิตเวชทั่วไปเป็นผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการดูแลรักษาบำบัดได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด นอกจากนี้แล้วยังรับผู้ป่วยสารเสพติดที่สำนักคุมประพฤติส่งมาบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามกฎหมายอีกด้วย

ด้านบุคลากร หอผู้ป่วยจิตเวชแต่ละตึกมีอัตรากำลังของบุคลากรไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องด้วยจำนวนของผู้ป่วยที่รับไว้บางตึกมีสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน การปฏิบัติงานของบุคลากร จะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า บ่าย และ ดึก สำหรับพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร มอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยและหน้าที่งานประจำแก่บุคลากรในทีม ประเมินคัดกรองผู้ป่วยส่งเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ อีกทั้งตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ดูแลให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น วางแผนด้านการดูแลรักษาและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบในรายที่จำเป็นหรือเร่งด่วน รวมทั้งปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบร่วมเข้าประชุมการวินิจฉัยทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้ร่วมทีมในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและเป็นแม่บ้าน มีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือด้านการพยาบาลประกอบด้วย การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดูแลเรื่องการหลับนอนของผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือในการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่ให้หลบหนี ไม่ให้ทะเลาะวิวาท เป็นต้น

การบริหารการจัดอัตรากำลังของบุคลากร สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีการจัดอัตรากำลังของบุคลากร ดังต่อไปนี้

เวรเช้า (ปฏิบัติงานเวลา 8.00 น. ถึง เวลา 16.00 น) อัตรากำลังของบุคลากร ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4-5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำหน้าที่ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นที่ปรึกษาของทีมการพยาบาล เวรบ่าย (ปฏิบัติงานเวลา 16.00-24.00 น) เวรดึก (ปฏิบัติงานเวลา 24.00 - 08.00 น) และ เวรวันหยุดราชการ การจัดอัตรากำลังใกล้เคียงกัน คือ เวรบ่าย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน

และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน เวนคิก ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ยกเวน คิกนายนแพทยรรยง มีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คน ในแต่ละเวร

ด้านโครงสร้างอาคาร ลักษณะโครงสร้างอาคารของสถาบันกัลยาณราชชนครินทร์สวนใหญ่เป็นตึก 2 ชั้น หอผู้ป่วยมีลักษณะเป็นหอปิด ประกอบด้วยห้องต่างๆ เช่น ห้องแยกห้องปฏิบัติการพยาบาล ห้องทำงานพยาบาล ห้องโถง ห้องนอน ห้องน้ำ ชั้นบนเป็นห้องนอนรวมห้องโถง และห้องน้ำ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาคั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 4 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกส่วนนี้พัฒนาโดยผู้ศึกษา ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค สถานที่เขารับการรักษา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จำนวนคั้งที่เขารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการประกอบอาชญากรรม

1.2 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบบันทึกส่วนนี้ ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver & Jackson, 1986) ซึ่งกขพงศ สารการ (2542) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยในการศึกษาคั้งนี้ได้มีการประเมินลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อนอง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น (ผู้ป่วยอื่น หรือ เจ้าหน้าที่) พฤติกรรมรุนแรงตอสึงของ และพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา

1.3 การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากร เป็นแบบบันทึกส่วนนี้ ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver & Jackson, 1986) ซึ่งกขพงศ สารการ (2542) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยในการศึกษาคั้งนี้ได้มีการประเมินวิธีการจัดการที่บุคลากรปฏิบัติในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ (2) การพูดคุยกับผู้ป่วย (3) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (4) จับหรือคว่าผู้ป่วยไว้ก่อน (5) ใหยารับประทานทันที (6) ใหยาลิดทันที (7) แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม (8) นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก และ (9) ใช้การผูกยึด

1.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นแบบบันทึกปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ดึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ อัตรากำลังของบุคลากร ช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง เวลาและสถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

2. แบบสอบถามบุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลากร แบบสอบถามนี้พัฒนาโดยผู้ศึกษา โดยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งในการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง การเข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และการนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมหรือลดความมั่นใจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยแบบสอบถามนี้ผู้ศึกษาคัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Martin & Daffern (2006) ซึ่งหลังจากแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ผู้ศึกษาได้นำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำแบบสอบถามที่ได้ไปถามพยาบาล ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับแก้ก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รับรองโครงร่างการศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาล หลังจากผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์แล้ว ผู้ศึกษาจึงเริ่มเก็บข้อมูล และผู้ศึกษาตระหนักถึงสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้โดยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากแบบสอบถามของบุคลากร แจ้งวัตถุประสงค์ ประวัติความเป็นมาของการศึกษาคั้งนี้ แจ้งให้ทราบถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ และไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุมัติเข้าศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการศึกษา
3. การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากร ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษา

ขั้นดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จากรายงานอุบัติการณ์ความถี่ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ขณะรับไว้รักษาหอผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ ตีคนตีรักรัศ ตีคนตายแพทย์บรรจง ตีคนรินาด และ ตีคนชฌิมา จากกลุ่มการพยาบาลที่ได้เก็บรวบรวมไว้ ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกเพิ่มผู้ป่วยจิตเวชจากเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา โดยบันทึกไว้ในแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สถานที่ เวลาและวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552
2. ดำเนินการรวบรวมจำนวนยอดผู้ป่วยจิตเวชแต่ละวันของหอผู้ป่วยในทั้งหมด จากเวชสถิติ เป็นระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552
3. ดำเนินการรวบรวมอัตราค่าจ้าง/สัดส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในทั้งหมด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ จากตารางการปฏิบัติงานย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552
4. ผู้ศึกษาแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและความรู้สึกปลอดภัยและความมั่นใจของบุคลากรในดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติอาชญากรรม และประวัติพฤติกรรมรุนแรงในอดีต โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
3. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน การเข้ารับการอบรม การนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ และการได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
4. การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากรแต่ละลักษณะ โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
5. ความรู้สึกลดภัยและความมั่นใจของบุคลากร โดยนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ดึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ เวลา และสถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
7. ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือลดความมั่นใจในของบุคลากร จากแบบสอบถามปลายเปิด นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และจากนั้นนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์นำมาแจกแจงความถี่

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยศึกษาลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และการจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

จากรายงานอุบัติการณ์ความเลื่องของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552 พบว่ามีรายงานพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจำนวน 71 ครั้ง ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้ป่วยอื่นจำนวน 46 ครั้ง พฤติกรรมรุนแรงทาง

วาทา 9 ครั้ง พหุติกรรมรูนแรงทางร่างกายตอตนเองจ๋านวน 7 ครั้ง พหุติกรรมรูนแรงทางร่างกายตอเจ้หาหน้าท่จ๋านวน 6 ครั้ง และพหุติกรรมรูนแรงตอสิ่งของจ๋านวน 3 ครั้ง ตามลำดับ ผลการศีกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศีกษาของ Chou และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยมีพหุติกรรมก้าวร้าทำร้ายร่างกายผู้อื่น คัดเป็นร้อยละ 55.3 เช่นเดียวกับ เจตน์ภาดา นาบุตร (2547) ได้ทำการศีกษาผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชท่มีพหุติกรรมรูนแรงไปใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตอผู้ป่วยจิตเวชท่มีพหุติกรรมรูนแรงพบว่า ลักษณะของพหุติกรรมรูนแรงท่เกิดขึ้นพบมากที่สุด คือพหุติกรรมรูนแรงตอร่างกายผู้อื่น

ผลจากการศีกษาในครั้งนี้ผู้ศีกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากใบรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงท่มีพหุติกรรมรูนแรง ซึ่งจ๋านวนอุบัติการณ์การเกิดพหุติกรรมรูนแรงในผู้ป่วยจิตเวชท่พบมีแนวโน้มต่ำกว้า ซึ่งจากรายงานความเสี่ยง ผู้เขียนรายงานมักจะรายงานในกรณีท่เกิดความรูนแรงท่เห็นได้ชัดและมีความรูนแรงในระดับสูงเท่านั้น อีกทั้งบุคลากรยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินระดับความรูนแรงอุบัติการณ์/ความเสี่ยง รวมทั้งผู้ประเมินยังมีทัศนคติในด้านลบกับการเขียนใบรายงานความเสี่ยงและเนื่องด้วยภาระงานท่มีมาก

หลังจากนั้นผู้ศีกษาได้ทำการศีกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในแฟ้มผู้ป่วยท่มีพหุติกรรมรูนแรงจ๋านวน 50 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกพหุติกรรมรูนแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเกิดพหุติกรรมรูนแรง 71 ครั้ง ซึ่งมีผู้ป่วยรายหนึ่งเกิดพหุติกรรมรูนแรงสูงสุด 5 ครั้ง และจากรายงานของพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชมักแสดงพหุติกรรมรูนแรงมากกว่าหนึ่งลักษณะ และมักจะมืพหุติกรรมรูนแรงทางวาทาร่วมด้วย (Dexter & Wash, 1995; Yudofsky et al., 1986) ซึ่งจากประสบการณ์การปฏิบัติงานท่หอผู้ป่วยในพบว่า พหุติกรรมรูนแรงทางวาทานั้นมีมากแต่เนื่องจากไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลไว้ จึงทำให้สถิติท่ได้น้อยกว้าความเป็นจริง และจากการสอบถามบุคลากรบางส่วนเข้าใจว่าพหุติกรรมทางวาทาเป็นพหุติกรรมท่ไม่รูนแรง อันเนื่องมาจากเป็นพหุติกรรมท่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นหรือเกิดภาวะท่เป็นอันตราย เมื่อเทียบกับพหุติกรรมรูนแรงด้านอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามพหุติกรรมรูนแรงทางวาทาท่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงออกมา อาจจะเป็นพหุติกรรมท่นำไปสู่การเกิดพหุติกรรมรูนแรงลักษณะอื่น หรือเกิดพร้อมกันกับพหุติกรรมรูนแรงลักษณะอื่นๆ ได้ต่อไป

ปัจจัยด้านผู้ป่วยท่เกี่ยวข้องกับพหุติกรรมรูนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยท่เกี่ยวข้องกับการเกิดพหุติกรรมรูนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการมีพหุติกรรมรูนแรงและประวัติการประกอบอาชญากรรม ผู้ศีกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาลิกา โคว์บุญงาม (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Spiessl, Krischker & Cording (1998) ที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง การที่เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ชายจะมีอารมณ์ร้อน ง่าย หุนหันพลันแล่น โกรธและหงุดหงิดง่าย โดยเฉพาะในวัยรุ่นเพศชายที่มีระดับฮอร์โมนเพศชาย (testosterone) จำนวนมากกว่าระดับปกติ ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง มักมีความอดทนต่ำ และเกิดอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสาเหตุเพียงเล็กน้อย หรือมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าคนอื่นๆ (Hamolia, 2001) จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ผู้ป่วยจิตเวชและใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีพฤติกรรมรุนแรงของหอผู้ป่วยใน ซึ่งการเกิดพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ประกอบด้วยหอผู้ป่วยชาย มีจำนวน 3 ตึก หอผู้ป่วยหญิงจำนวน 1 ตึก เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในนั้นไม่เท่ากัน ดังนั้นจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยชายจึงเกิดมากกว่าผู้ป่วยหญิง

อายุ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของฮักซ์ ไรบา และกลิค (Hughes, Riba & Glick, 1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และที่พบอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากมักอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกชพงศ์ สารการ (2542) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี

การวินิจฉัยโรค ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 52) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะโรคจิตเภท ที่มีอาการประสาทหลอนทางหู ผู้ป่วยอาจได้ยินคำสั่งว่าให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (จิตจานง ผลพฤกษา, 2541) โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวง อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากแบบแผนของความคิดจะมีลักษณะหลงผิด คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายคนอื่นได้ (Duxbury, 2002)

ประวัติมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีตมาก่อนถึง ร้อยละ 90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของริคเคิลแมน

(Rickelman, 2003) ที่กล่าวถึงผู้ที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น มีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม เคยถูกจับด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับอาชญากรรม ร่วมกับการป่วยเป็นโรคทางจิตจะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้จากการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และ วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวชจำนวน 183 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติทางจิตในครอบครัว และมีอาการทางจิตขณะประกอบคดี มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีประวัติการประกอบอาชญากรรมเพียง 10 ราย แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมที่มีระดับรุนแรงสูง ได้แก่ คดีพยายามฆ่า เป็นต้น

ปัจจัยด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งในการทำงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย ผู้ศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรเพศชายจะได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของคูเปอร์ (Cooper, 1995) ที่ได้กล่าวไว้ว่า บุคลากรเพศชายเมื่อจำเป็นต้องมีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มักจะใช้การจัดการกับผู้ป่วยอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคำพูดและกิริยาท่าทาง บางครั้งแสดงการขู่ หรือ ล้อเลียนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ อุบัติการณ์การได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบในบุคลากรเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ผู้ที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงคนแรกๆ ส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรเพศชาย

อายุ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จะเคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ (Blair & New, 1991) ที่พบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรงโดยผู้ป่วยมากกว่า โดยพยาบาลที่ถูกผู้ป่วยทำร้าย มีอายุเฉลี่ย 25.8 ปี (Chou et al., 2002) จากผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลของการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและไม่คดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมรุนแรงมากและมีภาวะอันตราย ดังนั้นการเข้าช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงจึงต้องขอความร่วมมือจากทีมฉุกเฉินโดยทีมฉุกเฉินที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือในขณะที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นทีมที่ประกอบด้วย

บุคลากรที่มีอายุ 51-60 ปี ซึ่งขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าและเป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยสูงที่สุด ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอายุมาก และบางคนมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทำให้เกิดความเครียดสูงที่จะได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ตำแหน่งในการทำงาน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้เคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2002) ที่ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคลากรเกี่ยวกับระดับการศึกษาทางการพยาบาลกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ที่ศึกษาพยาบาลในระดับต้น จะถูกผู้ป่วยทำร้ายถึง ร้อยละ 66 ส่วนพยาบาลที่เรียนระดับปริญญาตรีจะถูกผู้ป่วยทำร้ายร้อยละ 14 ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบอุบัติการณ์การที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้รับบาดเจ็บจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ อาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่จัดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่เข้าไปจำกัดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ดังนั้นผู้ช่วยเหลือคนไข้จึงมีโอกาสที่จะได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพ

ประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปีขึ้นไป เคยได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉลี่ย 23 เดือนจะถูกผู้ป่วยทำร้ายได้มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานนาน 52 เดือน และจากการศึกษาของ Alspach (1993) พบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้และนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงน้อย จะถูกผู้ป่วยทำร้ายมากที่สุด เช่นเดียวกับ ชีระ ลีถำนันทกิจ (2541) ที่พบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยและขาดประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วย จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อนหน้านี้แล้วก็ตาม บุคลากรกลุ่มดังกล่าวยังคงได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

การนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยถึง ร้อยละ 82.2 บุคลากรได้ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินเพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นมาตรฐาน

ทางการพยาบาลทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน และให้บริการอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีบุคลากรร้อยละ 17.8 ที่ไม่ได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากขาดความตระหนักในการใช้แบบประเมิน แต่ประเมินอาการผู้ป่วยจากความรู้สึกของตนเองโดยอาศัยประสบการณ์เดิม จากการสอบถามบุคลากรเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการใช้แบบประเมินระดับความก้าวร้าว (Modified Overt Aggressive Scale) พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าแบบประเมินเข้าใจยาก เครื่องมือยังไม่ไวพอ ต้องนำมาถ่วงน้ำหนักค่าระดับพฤติกรรมรุนแรง ทำให้เสียเวลา ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชนั้นมักมีโอกาสดเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา บางครั้งไม่มีอาการนำมาก่อนและในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงมาแล้ว สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติได้คือการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากการรับเวร-ส่งเวรและประเมินอาการร่วมกันในเวลานั้น จึงทำให้การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีโอกาสผิดพลาดได้

การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้การจัดการของบุคลากรเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การจัดการโดยพยาบาล และการจัดการโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงโดยพยาบาล ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการฉีดยาทันที (ร้อยละ 32.4) ซึ่งวิธีการฉีดยาทันทีของพยาบาลถือว่าเป็นวิธีการจัดการที่ดีวิธีหนึ่ง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบอย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อผู้อื่น และสิ่งของได้ ดังการศึกษาของ ฟิชเชล เฟอร์ไรโร โรเนอรัน นิคเคิล แจคสัน และ แฮนแนน (Fishel, Fereiro, Rynerson, Nickell, Jackson & Hannan, 1994) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจะได้รับยาเมื่อจำเป็น ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ริคเคิลแมน (Rickelman, 1997) ได้กล่าวไว้ว่าในกรณีที่บุคลากรจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยวิธีการอื่นๆ ไม่ได้ผลและผู้ป่วยจิตเวชยังมีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการฉีดยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง ส่วนการจัดการเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก (ร้อยละ 40.6) ซึ่งวิธีการจัดการวิธีนี้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการให้การดูแลผู้ป่วย

ความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากรในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ร้อยละ 72.6 และจากแบบสอบถามบุคลากรเชิงคุณภาพในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจนั้น 5 อันดับ ซึ่งเรียงตามลำดับดังนี้ คือ 1) มีทีมฉุกเฉินพร้อม

ที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงซึ่งในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีทีมฉุกเฉิน 2) มีการประเมินอาการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการประเมินอาการและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน 3) มีสถานที่ซึ่งหมายถึงห้องแยก และอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้ 4) บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงและวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงพฤติกรรมรุนแรง 5) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ทั้งนี้บุคลากรที่มีประสบการณ์มากจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจต่อการจัดการ การปฏิบัติงานหรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี

สำหรับบุคลากรที่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 57.5 บุคลากรที่ตอบแบบสอบถามในประเด็นนี้ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนิติจิตเวช ผู้ป่วยเหล่านี้มีคดียุติโทษและสะเทือนขวัญ ซึ่งในเวลาที่ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็นช่วงที่อัตรากำลังของบุคลากรที่อยู่ตึกมีน้อย โดยทั้งนี้เนื่องมาจากเป็นเวลาที่บุคลากรผลัดเปลี่ยนกันลงพักรับประทานอาหารพร้อมกันทุกตึก จึงจำเป็นต้องเรียกทีมฉุกเฉินช่วยเหลือ อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยทางด้านสุขภาพร่างกายของทีมฉุกเฉินบางคนไม่พร้อมอันเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกาย จึงทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่ สอดคล้องกับคำตอบเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจลดลง 5 อันดับ คือ 1) ทีมฉุกเฉินไม่พร้อม 2) บุคลากรน้อย 3) ห้องแยกน้อยและไม่กว้าง 4) สถานที่คับแคบ 5) ประเมินอาการไม่ถูกต้อง บุคลากรบางส่วนตอบว่ารู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธีระ ลีลานันทกิจ (2541) พบว่าสาเหตุที่บุคลากรถูกผู้ป่วยทำร้าย เกิดจากการเข้าไปจัดการกับผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้สึกกลัว โกรธ อยากหนีไปจากที่ทำงาน เสียวขวัญและกำลังใจจากการปฏิบัติงาน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจัดได้ว่าเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งประกอบด้วย ตึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ อัตรากำลังของบุคลากรช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง เวลาและสถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ตึกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ผลการศึกษาคครั้งนี้ พบว่า สถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่คือ ตึกนายแพทย์ยรรยง ซึ่งเป็นตึกสามัญชายรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีคดียุติโทษ และผู้ป่วยสารเสพติดไว้รักษา ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไหมจนกระทั่งจำหน่ายซึ่งสถานที่คับ

แคบ มีจำนวนผู้ป่วยมาก ยอดผู้ป่วยเฉลี่ยแต่ละวัน 55 ราย และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสภาพแวดล้อมมีความแออัด คับแคบ มีผู้ป่วยจำนวนมาก และสภาพโครงสร้างของตึกสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย Vanderslott (1998) จากการศึกษาในครั้งนี้ ตึกนายแพทย์รณรง เป็นตึกที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยสูง เนื่องจากเป็นตึกที่รับผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ที่ติดสารเสพติด ที่สำนักคุมประพฤติสงรักษาตามกฎหมาย ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วยจะมีการสับสน งุนงง เพื่ออาละวาด เมื่อผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการกระทบกระทั่งและก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

อัตรากำลังของบุคลากรช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง การศึกษาครั้งนี้พบว่าช่วงที่บุคลากรผลัดเปลี่ยนกันลงพักรับประทานอาหาร เป็นช่วงที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ เพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นมีจำนวนน้อย ซึ่งอัตรากำลังของบุคลากรแต่ละตึกส่วนใหญ่ จะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ประมาณ 1-2 คน และให้การดูแลผู้ป่วยประมาณ 40-50 คน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา Chou et al. (2002) พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยในวันหยุดราชการจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เนื่องจากมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ

เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง การศึกษาครั้งนี้พบว่าเวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเวรเช้าคือ เวลา 8.00-16.00น. ซึ่งมีอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 26 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Vanderslott (1998) ที่พบว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเกิดในเวลากลางวัน ร้อยละ 44.6 ซึ่งเป็นเวลาที่บุคลากรมีภาระงานมาก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับจากกลุ่มกิจกรรมซึ่งเป็นเวลาเดียวกันที่ผู้ป่วยทุกคนต้องอยู่ตึก อีกส่วนหนึ่งจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทำความสะอาดร่างกายตนเอง จึงมีผู้ป่วยจำนวนมาก แออัด และสถานที่คับแคบ

สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษานี้พบว่า สถานที่ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นส่วนใหญ่คือ ห้องโถง เป็นห้องที่ใช้ทำกิจกรรม ได้แก่ สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งดูโทรทัศน์ และนอนเล่น ซึ่งบางครั้งใช้ทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะเดียวกันเช่นผู้ป่วยบางส่วนนั่งดูโทรทัศน์ อีกส่วนหนึ่งไว้สำหรับนอนเล่น เป็นต้น นอกจากนี้ตึกมีขมิมาและตึกนารินาใช้ห้องโถงเป็นห้องรับประทานอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีสถานที่และข้อจำกัดของโครงสร้างตึก สอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2002) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สถานที่ที่ทำกิจกรรมร่วมกันของผู้ป่วย เช่น การใช้

ห้องน้ำร่วมกัน ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทำความสะอาดร่างกาย หรือห้องรับประทานอาหารในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารร่วมกัน มีแนวโน้มและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล และด้านบริหารทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการศึกษารังนี้ นำมาซึ่งการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนี้คือ

1. ผลจากการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยขณะให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพ แม่นยำ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน

2. ผลจากการศึกษาถึงปัจจัยด้านบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ทำให้พยาบาลมีความตระหนักถึงความเสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและการที่จะลดความเสี่ยงนั้นเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้พยาบาลยังมีแนวทางในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามระดับพฤติกรรมรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

3. ผลจากการศึกษาถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษารังนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้คือ

1. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical practice guideline) ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวช

2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การใช้กลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะในการจัดการเมื่อมีอารมณ์โกรธ (Anger management group) กลุ่มกีฬา เป็นต้น

ด้านการบริหารทางการแพทย์ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการบริหารงานทางการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้คือ

1. ควรจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟู ฝึกทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงแก่บุคลากรอย่างน้อยปีละครั้ง อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบุคลากรที่จบใหม่หรือเพิ่งย้ายมาใหม่และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. ควรมีการปรับปรุง แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชให้เหมาะสม สะดวกและเข้าใจง่าย มีการชี้แจงให้กับบุคลากรทราบถึงแนวทางการปฏิบัติ
3. ควรมีการนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากรทางการแพทย์
4. มีการส่งเสริมให้บุคลากรไปศึกษาดูงานนอกหน่วยงาน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน
5. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ เช่น การจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลและสามารถนำไปสู่หลักประกันคุณภาพของโรงพยาบาลได้

A SITUATIONAL ANALYSIS OF VIOLENT BEHAVIORS IN PSYCHIATRIC PATIENTS AT GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE

SUDSAKORN JUMMUNT 4937566 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Violent behaviors are considered one of the most important problems of psychiatric patients during hospitalization. Violent behaviors of psychiatric patients are conditions which reflect the patients' cognitive, emotional, and behavioral abnormality, which make them dangerous to themselves and others (Kotchapong Sarakan, B.E. 2542). According to the statistics of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health (B.E. 2551), the number of psychiatric patients who were treated at hospitals under the Department of Mental Health was equal to 87,776. Major reasons why these psychiatric patients were treated at a hospital were psychiatric symptoms such as delusion, paranoia, unfriendliness, abnormal behaviors, aggression, isolation, and indifference in themselves and the environment, etc. These behaviors can lead to violence, which required immediate assistance and hospitalization (Chaweewan Sattayatham, B.E. 2540). In addition, while these psychiatric patients are admitted into the hospital, their violent behaviors continue to persist, and there are several impacts of such behaviors. As for the impacts on the patients themselves, they may be injured, and if the violence is severe, mortality may result (Somphob Raungtrakul, B.E. 2545). With regard to impacts on others, the

patients' violent behaviors may cause harm to other patients or healthcare staff who provide care to them (Nirand Vichienthong, B.E. 2541). Frequently, the healthcare staffs are hurt when they are managing the patients who are having violent behaviors. When this happens, they are likely to feel scared or angry, and they may lose their willpower to work and want to change their job (Theera Leelanantakit, B.E. 2541). In addition, violent behaviors also cause damage to the environment of the patients such as beds, chairs, utensils, etc. (Tam et al., 1996).

A review of literature has revealed that the factors that are associated with aggressive behaviors in psychiatric patients during hospitalization can be divided into three aspects-patient factors, personnel factors, and environmental factors. Previous studies have shown that aggressive behaviors which are likely to be found in the psychiatric ward include the male gender (Spiessl et al., 1998; Salika Kowboonngam, B.E. 2550), young age (Tardiff et al., 1992), antisocial personality (Swanson et al., 1990), history of violence (Anderson et al., 2004), family conflicts with poor family relationships or lack of love and warmth in the family (Wanlee Thammakosit, B.E. 2550), low level of intellectuality (Borum et al., 1996), learning disability (Hassiotis & Hall, 2004), history of substance abuse (Steadman et al., 1998), withdraw from alcohol or amphetamine (Vasu Chandrasak, B.E. 2543), and some psychiatric symptoms with tendency of violence such as acute psychiatric symptoms with hearing hallucination which make the patients believe that they hear someone telling them to kill themselves or others, have delusion, or become paranoid and confused (Duangta Kulrattanayan, B.E. 2541). Besides this, psychiatric patients with mood disorders or patients with moderate or severe depression are likely to have violent behaviors such as causing self-inflicted wounds or killing themselves (Kotchapong Sarakan, B.E. 2542). Furthermore, personnel factors which are associated with violent behaviors include characteristics of caregivers such as gender, caregiving experience, and interpersonal relationships between patients and healthcare personnel (Hahn et al., 2006). In addition, violence in patients may be caused by hectic work of the healthcare staffs, or the characteristics of the interactions between the staffs and the patients such as indifferences, ignorance to the patients' opinions and feelings, use of loud noises, exercise of power, etc. (Borrow, 1994 cited in Suratch Sunanta, B.E. 2545). In addition, if the proportion of the healthcare staffs is not insufficient or inappropriate,

violence may also result (Hahn et al., 2006). Finally, the environmental factors that can lead to violence in psychiatric patients include distracting noises from outside the building, crowded environment inside the ward, hot and humid condition inside the ward, and too strict regulations, all of which can stimulate the patients to have aggressive behaviors (Chou et al., 2002; Vanderslott, 1998).

A review of factors related to violent behaviors in psychiatric patients has resulted in an attempt to find ways to prevent violent behaviors and management of violent behaviors, which can be divided into three factors-patient factors, personnel factors, and environmental factors. As for patient factors, there are different methods that can be used to manage the patients' violent behaviors such as talking, using pharmacological treatment, restraining the patients, isolating the patients from others, and reducing arousals (Foster, Bowers, & Nijman, 2007). However, the methods to appropriately deal with patients depend on the experience of staffs which vary on an individual basis. For instance, if the patients express only a certain violence behavior which is not violent, only one method may be used. However, if the patients continuously express different violent behaviors for a long period of time, different management strategies are needed to reduce the levels of violent behaviors (Harris & Rice, 1997, cited in Kotchapong Sarakan, B.E. 2542). For example, nurses may talk to the patients to give them opportunity to release their anger, they may take the patients to a quiet place to distract their attention, or they may encourage the patients to play games, play sports, or take a walk (Finnema et al., 1994). Furthermore, there can be management of personnel including development of knowledge and skills to manage patients with violent behaviors. In other words, training should be conducted to increase knowledge of personnel to enable them to develop positive attitudes toward psychiatric patients and to effectively manage psychiatric patients with violent behaviors (Roberts, Raphael, Lawrence, O'Toole, & O'Brien, 1997; Benjamaporn Bualuang, B.E. 2548). In addition, it has been found that environmental factors are important in managing violent behaviors of psychiatric patients, especially management of the environment of the wards for ease and convenience of provision of nursing care practices such as laying down equipment to ensure ease of use, including restraining equipment and medication administration equipment, as well as arranging

work tables on a spot where the patients can be closely observed (Morrison, 1993; Sclafani, 1986).

Galya Rajanagarindra Institute under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, is a specialized hospital which offers tertiary services to promote, prevent, treat, and rehabilitate forensic psychiatric patients, general psychiatric patients, and addicted patients. Forensic psychiatric patients who seek services at the hospital include those with mental health problems and psychiatric problems related to the justice system who are sent to the hospital by a government agency or relatives for examinations and diagnoses. Besides, most of the forensic psychiatric patients are involved in a criminal case related to use of violent behaviors that shocks people's feelings and these patients tend to have repeated violent behaviors during their hospitalization. The researcher has collected data from the statistics of risk incidences of patients with violent behaviors in the patients' wards in 2007 and found that 73 cases of violent behaviors of psychiatric patients were reported in that year. Of these, 46 cases were violent behaviors toward others, 11 were violent behaviors toward self, 11 cases were physical assaults of hospital staffs, and five cases were related to damage of properties, respectively. Thus, it can be seen that the number of cases involving violent behaviors of psychiatric patients during hospitalization is rather high, causing harm to the psychiatric patients themselves, others, and the properties of the hospital.

As a psychiatric nurse working in the psychiatric ward of Galaya Rajanagarindra Institute, the researcher has become well aware of the significance of such problems and has been interested in investigating situations involving violent behaviors of psychiatric patients. In the past, there was no systematic study of situations involving violent behaviors of psychiatric patients at Galaya Rajanagarindra Institute. In addition, nursing personnel lack awareness of the use of violent behavior assessment forms to assess psychiatric patients and they are always injured by the patients who have violent behaviors, even though these nursing staff members have undergone training on management of violent behaviors. It is expected that the findings of the study will enable the researcher to gain better understanding of situations involving violent behaviors of psychiatric patients as well as factors that promote or hinder provision of care of psychiatric patients with violent behaviors at

situations involving violent behaviors of psychiatric patients at Galaya Rajanagarindra Institute. The findings of the study can also be used as baseline data for the development of a quality and standardized clinical nursing practice guideline and promotion of healthcare team members' ability to manage violent behaviors of psychiatric patients appropriately and efficiently.

Objectives of the Study

The present study aimed at analyzing incidences of violent behaviors of psychiatric patients while they were hospitalized at Galya Rajanagarindra Institute in the following aspects:

1. To study incidences and characteristics of violent behaviors of psychiatric patients
2. To investigate factors related to incidences of violent behaviors of psychiatric patients which could be divided into three categories as follows: 1) Patient factors consisted of gender, age, diagnosis, history of substance abuse, and past violent behaviors; 2) Personnel factors consisted of gender, age, work experience, use of the violent behaviors assessment form, and management of violent behaviors of psychiatric patients; and 3) Environmental factors consisted of manpower of staff, time, and place of violent behaviors of psychiatric patients.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study could be used as a guideline to develop a clinical nursing practice guideline to provide care to psychiatric patients with violent behaviors and to further improve the quality of nursing care.

Methodology

The present study was descriptive research which aimed at analyzing incidences involving violent behaviors of psychiatric patients at Galya Rajanagarindra Institute. The steps involved in the present research were as follows:

Study samples

In this study, the study samples were divided into the following two groups:

1. Psychiatric patients with violent behaviors who were hospitalized at the patients' wards of Galya Rajanagarindra Institute.
2. Healthcare team members who were directly in charge of providing care to psychiatric patients including professional nurses and patients' assistants who were working at Galya Rajanagarindra Institute.

Psychiatric patients

In this study, data regarding psychiatric patients with violent behaviors were indirectly collected using retrospective data collection from the registration files. Thus, the sample was registration files of psychiatric patients with violent behaviors. The inclusion criteria of the sample were as follows:

1. Both male and female forensic psychiatric patients and general psychiatric patients whose names were listed on the report of risk incidences of psychiatric patients with violent behaviors during hospitalization.
2. They were admitted into the Nitirak Building, Dr. Yanyong Building, Nareenart Building, and Matchima Building of Galaya Rajanagarindra Institute between May 1, 2008 and April 30, 2009.

Healthcare team members directly in charge of care of psychiatric patients

In this study, the sample was composed of 73 professional nurses and patients' assistants who were working at the patients' wards of Galya Rajanagarindra Institute. The inclusion criteria were as follows:

1. They were both male and female professional nurses and patients' assistants.
2. They were healthcare team members who were working at the Nitirak Building, Dr. Yanyong Building, Nareenart Buidling, and Matchima Building of Galaya Rajanagarindra Institute between May 1, 2008 and April 30, 2009.
3. They were willing to participate in the study.

Research Setting

Galya Rajanagarindra Institute is a specialized psychiatric hospital that offers tertiary care services to promote, prevent, treat, and rehabilitate psychiatric patients and patients with general mental health problems. There are one outpatient building and four inpatient buildings at the hospital-the Nitirak Building, Dr. Yanyong Building, Nareenart Building, and Matchima Building, totaling 200 beds. The Nitirak Building admits general male psychiatric patients, the Nareenart Building admits general female forensic and general psychiatric patients including both general common patients and special patients, the Matchima Building admits special forensic and general psychiatric patients, and the Dr. Yanyong Building admits male general psychiatric patients who were common patients. Most of the patients who seek treatment at the hospital are psychiatric patients and patients with substance abuse. There are also addicted patients who are sent to the Institute for rehabilitation by the Probation Office as required by law.

Personnel: The numbers of personnel in each building varied as the numbers of patients admitted into different buildings were not the same. The staff members worked in shifts-morning, afternoon, and late night shifts. Professional nurses acted as the heads of the nurses on duty who assigned care activities and other tasks to the staff in the teams. They screened patients and sent them to participate in different group activities, visited the patients, provided initial care, planned for care, and reported changes in patients' symptoms to the physicians if necessary or urgently required. They were also responsible for attending a meeting on forensic psychiatry for forensic psychiatric patients. As for nursing assistants, they were part of the teams responsible for care of patients. They played the role of nannies and maids and provided assistance to nurses regarding taking care of personal hygiene of patients-both physically and environmentally, taking care of patients' sleeping condition, and providing care to nurses when some psychiatric patients were unable to help themselves such as cleaning or feeding to ensure sufficient food intake and preventing them from harming themselves, escaping, or getting into a fight with other patients, etc.

Management of manpower

At Galya Rajanagarindra Institute, the manpower of personnel was arranged as follows: There were four to five professional nurses and two to three nursing assistants working in the morning shift (working hours from 08:00 a.m. to 04:00 p.m.). They divided responsibilities among themselves. A professional nurse acted as the head of the patients' ward and administered nursing care activities. She also worked as a consultant of the nurses in the afternoon shift (working hours: 04: 00 p.m. to 00:00 a.m.), late night shift (00:00 a.m. to 08:00 a.m.), and holiday shift. The numbers of nursing personnel and assistants were rather similar across the shifts. In the afternoon shift, there were two professional nurses and two nursing assistants, and in the late night shift, there was one professional nurse and two nursing assistants, except for Dr. Yanyong Building where there was an additional professional nurse in each shift.

Building structure

Most of the buildings at Galya Rajanagarindra Institute were two-storey buildings. The patients' wards were closed wards consisting of different rooms such as separate rooms, nursing care practice rooms, nurses' offices, hallways, bedrooms, and bathrooms. On the second floor, there were common bedrooms, hallways, and bathrooms, etc.

Research Instruments

The instruments used in this study could be divided into the following two parts:

1. The psychiatric patients' violent behaviors record form was developed by the researcher and consisted of four parts as follows:

1.1 Personal factors of the psychiatric patients: This part of the form elicited data including gender, age, marital status, educational background, occupation, diagnosis, place of treatment, major symptoms leading to admission, number of hospital admissions, history of substance abuse, and history of criminal offences.

1.2 Characteristics of violent behaviors of psychiatric patients: This part was adapted from the Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver & Jackson, 1986) which was translated into the Thai language by Kotchapong Sarakan (B.E. 2542).

This part of the form divided violent behaviors of psychiatric patients into four aspects-violent behaviors toward self, violent behaviors toward others (other patients or staff), violent behaviors toward objects, and verbally violent behaviors.

1.3 Management of violent behaviors of psychiatric patients by staffs

1.4 Environmental factors: This part elicited data regarding manpower and place and time of violent behaviors.

2. The staff's opinions of violent behaviors of psychiatric patients assessment form

This form could be divided into the following two parts:

2.1 The form was designed by the researcher to elicit data regarding the personnel factors including gender, age, position, place of work, duration of work at Galya Rajanagarindra Institute, work experience related to provision of care to psychiatric patients, work experience related to provision of care to forensic psychiatric patients, care of psychiatric patients with violent behaviors, training on management of psychiatric patients with violent behaviors, and use of the psychiatric patients' violent behaviors record form to assess patients.

2.2 The confidence and security in management of violent behaviors of psychiatric patients scale was adapted by the researcher from the scale developed by Martin & Daffern (2006). It also elicited data regarding factors promoting or reducing confidence to manage violent behaviors of psychiatric patients of staffs of Galya Rajanagarindra Institute.

Protection of the Rights of Human Subjects

The researcher submitted the research proposal to ask for permission to conduct research involving human subjects from the Institutional Review Board (IRB) of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After permission was granted, the researcher asked for permission from the administrator of Galya Rajanagarindra Institute to collect data. In conducting the study, the researcher was well aware of the rights of the individuals who participated in the study. A letter was submitted to the Director of Galya Rajanagarindra Institute to explain the study objectives, data collection procedures, and expected outcomes and benefits of the study and to ask for permission to collect data from the registration and medical

records of psychiatric patients. The researcher confirmed that the findings of the study would be applied and implemented without any effects on the psychiatric patients whose records were analyzed in the study. Moreover, the researcher assured that the data collected in this study would be kept strictly confidential and would be reported only as group data solely for academic purposes.

Data Collection

The steps involved in data collection of this study were as follows:

Preparation stage

1. The researcher submitted the letter issued by the Graduate School of Mahidol University to the Director of Galya Rajanagarindra Institute to explain the research objectives and ask for permission to collect data.
2. As for data regarding the psychiatric patients, the researcher met the Head of the Registration Department to explain the research objectives and ask for cooperation in data collection.
3. Concerning data regarding healthcare staff, the researchers met the Head Nurse of Galya Rajanagarindra Institute to explain the research objectives and ask for cooperation in data collection.

Operation stage

Data collection was conducted by the researcher in the following steps:

1. The researcher searched and selected the files of psychiatric patients from the reports of risks incidences of violent behaviors of psychiatric patients admitted into the Nitirak Building, Dr. Yanyong Building, Nareenart Building, and Matchima Building of Galya Rajanagarindra Institute between May 1, 2008 and April 30, 2009. The data recorded in the files included characteristics of violent behaviors of psychiatric patients, as well as place, time, and management of violent behaviors of psychiatric patients conducted by healthcare staffs including nurses and patients' assistants.
2. The rate of manpower and proportion of healthcare staffs including nurses and patients' assistants working at the inpatients' wards as kept in the on-duty records between May 1, 2008 and April 30, 2009 were compiled.

3. The researcher distributed the confidence and security in management of violent behaviors of psychiatric patients scale among all nurses and patients' assistants working at the inpatients' wards. The duration of distribution and data collection was one month, beginning from June 1, 2009 to June 30, 2009.

Data analysis

The researcher examined the data collected from the study samples to ensure completeness before data analysis was conducted in the following manners:

1. Characteristics of violent behaviors of psychiatric patients were analyzed in terms of frequency and percentage.
2. Demographic characteristics of psychiatric patients including gender, age, intellectual level, diagnosis of psychiatric disorder, history of substance abuse, history of criminal offence, and past violent behaviors were analyzed in terms of frequency and percentage.
3. Demographic characteristics of healthcare staffs including gender, age, educational background, work experience, training experience, use of violent behaviors assessment scale, and history of injury caused by violent behaviors of psychiatric patients were analyzed in terms of frequency and percentage.
4. Healthcare staffs' management of violent behaviors of psychiatric patients were analyzed in terms of frequency and percentage.
5. Healthcare staffs' senses of security and confidence were analyzed in terms of frequency and percentage.
6. Environmental factors such as hospital wards, rate of manpower, and place and time of violent behaviors were analyzed in terms of frequency and percentage.
7. Factors promoting or reducing confidence of healthcare staffs as elicited through the open-ended items in the assessment scale were first analyzed with content analysis before quantitatively analyzed in terms of frequency and percentage.

Findings and Discussion of Findings

The present study aimed at investigating the incidences involving violent behaviors of psychiatric patients hospitalized at Galya Rajanagarindra Institute. When analyzing violent behaviors of psychiatric patients, three factors including patient

factors, personnel factors, and environmental factors were taken into consideration. In addition, management of healthcare staff when the psychiatric patients were expressing violent behaviors was also analyzed. The findings of the study are presented and discussed below.

Characteristics of violent behaviors of psychiatric patients

According to the reports on risk incidences of violent behaviors of psychiatric patients during hospitalization between May 1, 2008 and April 30, 2009, it was found that there were all together 71 cases of violent behaviors of psychiatric patients in the patients' wards. Of these, 46 cases involved violent behaviors toward other patients, nine cases involved verbally violent behaviors, seven cases involved violent behaviors toward self, six cases involved physical assaults of hospital staffs, and three cases involved damage to the hospital's properties. Such findings were consistent with the findings of Chou et al. (2002) who found that psychiatric patients had physically violent behaviors more than any other type of violent behaviors; that is, physical assaults of others accounted for 55.3% of the total cases of violence. Likewise, Chetpada Nakbutr (B.E. 2547) studied the effects of a professional nursing care practice on psychiatric patients with violent behaviors and found that the most commonly found violence behavior was physically violent behaviors toward others.

In this study, data were collected from the reports on incidences of risks of violent behaviors. The number of incidence of violent behaviors of psychiatric patients tended to be smaller. In the risk report, the reporters tended to document only cases of obvious violence and severe violence. The staff of the hospital still lacked understanding of how to assess the severity level of incidences and risks, and they had negative attitudes toward writing the risk reports due to heavy workloads.

After the researcher had conducted the study and collected data in the medical records of 50 patients with violent behaviors using the violent behavior recode form, there were altogether 71 incidents of violent behaviors of psychiatric patients. The largest number of violent behavior of psychiatric patients was five. According to the records in the nursing reports, most of the psychiatric patients had more than one type of violent behavior. They tended to have verbally violent behaviors in addition to physically violent behaviors (Dexter & Wash, 1995; Yudofsky et al., 1986).

According to the researcher's experience working at the patients' wards, it could be seen that there were numerous incidents of verbally violent behaviors, but they were hardly documented or reported. Therefore, the statistics of such incidents were lower than the actual numbers of incidents that had taken place. An interview of some staff members had shown that some of them perceived that verbally violent behaviors were not serious as they did not affect other people or cause any harm when compared to other forms of violent behaviors. However, verbally violent behaviors expressed by psychiatric patients could eventually lead to other types of violent behaviors or could take place concurrently with other types of violent behaviors.

Patient factors related to violent behaviors in psychiatric patients

The demographic characteristics data of patients related to violent behaviors in psychiatric patients consisted of gender, age, diagnosis, history of substance abuse, history of violent behavior, and criminal records, which could be discussed as follows:

Gender: The findings of the present study showed that most of the psychiatric patients who had violent behaviors at Galya Rajanagarindra Institute were male. This finding was consistent with the finding of Salika Kowboonngam (B.E. 2550) who investigated factors related to risks of violent behaviors in psychiatric patients and found that most of the patients who had violent behaviors were male. Similarly, Spiessl, Krischker, & Cording (1998) found that male patients had more violent behaviors than female patients. This could be explained that males are generally bad-tempered, impulsive, impatient, and easily irritable, especially male adolescents who have a higher level of the testosterone hormone which causes violent behaviors and makes males impatient and irritable. When they are aroused even slightly, they tend to have more violent behaviors than others (Hamolia, 2001). In this study, data were collected from the psychiatric files and reports on incidence involving risks of violent behaviors at inpatient wards. The findings showed that most of the psychiatric patients who had violent behaviors were male patients. One possible explanation is that at Galya Rajanagarindra Institute there were three buildings for male patients and only one building for female patients, so the numbers

of male and female psychiatric patients admitted into the hospital were not the same. Therefore, there were more incidents of violent behaviors among male patients.

Age: It was found that most of the psychiatric patients with violent behaviors ranged in age from 31 to 40 years old. Likewise, Hughes, Riba, & Glick (1997) reported that patients younger than 40 years of age had more risks of violent behaviors, and the incidents involving violent behaviors were more frequently found among patients between 15 and 24 years of age. A similar finding was reported by Kotchapong Sarakarn (B.E. 2542) who found that psychiatric patients with violent behaviors were mostly those who were 21 to 40 years old.

Diagnosis: The findings revealed that more than half of the psychiatric patients who had violent behaviors, or 52%, were those who were schizophrenic. The finding yielded support to the finding of Prapas Ukranan and Weeradetch Weerapongseth (B.E. 2541) who found that most of the psychiatric patients who had violent behaviors were those diagnosed with schizophrenia, especially schizophrenia patients with auditory hallucination. In general, schizophrenia patients may hear some voices that tell them to commit suicide or kill other people, so they are prone to have violent behaviors (Chitjamnong Pholprueksa, B.E. 2541), especially while they are suffering from paranoia, during which they may become a danger to others because they wrongly think that there are somebody who want to harm them, so they can have a violent behavior toward others (Duxbury, 2002).

History of violent behavior: The findings of the present study showed that almost all of the patients, or 90%, had history of violent behaviors in the past. A similar finding was reported by Rickelman (2003) that individuals who had history of violence against themselves or others, who had antisocial behavior, who had been arrested for a criminal charge, and who had a psychiatric disorder were at risk of violent behaviors. In addition, a study conducted by Prapas Ukaranan and Weeradetch Weerapongseth (B.E. 2541) with 183 convicted psychiatric patients admitted at a forensic psychiatric hospital showed that family history of psychiatric disorder and psychiatric symptoms while committing an offense were associated with violent behaviors in patients. In this study, even though there were only ten psychiatric patients with violent behaviors who also had history of a criminal offense, their criminal charges were considered highly severe such as attempted murder, etc.

Personnel factors related to violent behaviors in psychiatric patients

According to the study findings, personnel factors that were found to be related to violent behaviors in psychiatric patients consisted of gender, age, working position, experience in care of psychiatric patients, and use of violent behaviors assessment scale, which can be discussed as follows:

Gender: The findings revealed that male healthcare staff members were more likely to be injured from providing care to psychiatric patients with violent behaviors. Likewise, Cooper (1995) found that when it was necessary to manage violent behaviors of psychiatric patients, male staff tended to use more force both physically and verbally. Sometimes they even teased the patients or aroused the patients, so the patients lost their self-control, leading to even more violent behaviors. In the present study, the incidents of injuries caused by care of psychiatric patients with violent behaviors were found more frequently in male rather than in female healthcare staff members. This may be because when patients had violent behaviors, the first persons to deal with the problem tended to be male personnel.

Age: It was discovered that most of the staff members who were between 51 and 60 years old had been injured from their provision of care to psychiatric patients with violent behaviors. Such finding was contradictory to the findings of Blair & New (1991) who found that younger nurses were more likely to be injured by violent behaviors of the patients, and Chou et al. (2002) found that the mean age of nurses who were injured by the patients was 25.8 years. Such discrepancy in findings may be explained that at Galya Rajanagarindra Institute, there were both convicted and non-convicted psychiatric patients who were admitted into the hospital. Most of the patients had severely violent behaviors and were dangerous, so management when patients had violent behaviors needed to rely on the cooperation of the emergency team which mostly consisted of staff members aged 51 to 60 years old who were on duty during the morning shifts when there were most incidents of violent behaviors. However, some of the staff members of the emergency team were old and others had a poor health, so they had a high risk of being injured when providing care to psychiatric patients with violent behaviors.

Working position: The findings indicted that nursing assistants were more injured from provision of care to psychiatric patients with violent behaviors than staff

nurses. Similarly, Chou et al. (2002) investigated a personnel factor of educational background of personnel and violent behaviors of psychiatric patients and found that 66% of those who completed basic nursing courses were injured by the patients, whereas only 14% of nurses who graduated with a bachelor's degree were injured by the patients. In this study, one plausible explanation why more nursing assistants were injured than nurses is the nature of work at Galya Rajanagarindra Institute when managing patients' violent behaviors. That is, the nursing assistants who were closer to the patients would first approach the patients to control their violent behaviors to calm them down. Thus, they were more likely to be injured than nurses when having to deal with patients with violent behaviors.

Experience with care of psychiatric patients: As shown in the findings, healthcare staff who had more than 20 years of experience providing care to psychiatric patients had been injured by the patients who had violent behaviors than other groups of staff. This finding was inconsistent with the finding of Chou et al. (2002) who found that nurses with 23 months of experience were more likely to be injured than those with 52 months of work experience. In another study, Alspach (1993) reported that nursing assistants and nursing students who had less experience providing care to patients with violent behaviors were injured more than other groups of healthcare staff. In Thailand, Theera Leelanantakij (B.E. 2541) found that nurses who were young and who lacked experience in provision of care had more risks to be physically injured. In the present study, even though most of the staff members of Galya Rajanagarindra Institute had experience providing care to psychiatric patients for more than 20 years and had previously undergone training on management of patients with violent behaviors, they were still injured by psychiatric patients with violent behaviors than other groups of patients.

Use of patients' violent behaviors assessment scale: The findings showed that most of the personnel at Galya Rajanagarindra Institute, or 82.2%, used the patients' violent behaviors assessment scale to assess patients' behaviors, beginning from assessment for nursing diagnosis to devising a nursing care plan for psychiatric patients with violent behaviors. This was seen as a nursing standard which made nursing staff confident in their line of work and enabled them to work with uniformity in the same direction to provide quality nursing care. However, it was found that

17.8% who did not use the assessment scale because of lack of awareness of the use of the assessment scale to assess patients' violent behaviors. Instead, they assessed the patients based on their own feelings and past experiences. The interview of nursing personnel on the use of the Modified Overt Aggressive Scale revealed that most thought that the scale was difficult to use. In particular, it was not sensitive enough and it needed to be weighed to determine the level of violent behaviors, so it was time consuming. They also believed that psychiatric patients were able to express violent behaviors anytime, sometimes without any warning symptoms. Also, some patients had already shown violent behaviors in the past. Thus, what they could do was monitoring the patients to prevent violent behaviors. They would assess the patients' symptoms during the change of shifts, so the assessment of patients' violent behaviors could be erroneous.

Personnel's management of patients' violent behaviors

In this study, the personnel's management of patients' violent behaviors could be divided into two parts-management by nurses and management by nursing assistants. The management by nurses included immediate injection (32.4%) which was considered a good method as it could rapidly calm the patients down, hence decreasing the chance for them to harm other people or properties. Fishel, Fereiro, Rynerson, Nickell, Jackson, and Hannan (1994) found that 60% of the psychiatric patients admitted into the hospital would receive medication when it was necessary to prevent or inhibit their violent behaviors. Likewise, Rickelman (1997) pointed out that when staff could not successfully manage patients' violent behaviors and they continued to have violent behaviors, it was necessary to use injection to calm them down. As for management by nursing assistants, it was found that close to half of them, or 40.6%, separated the patients from others. This management was considered in congruence with the roles and responsibilities of nursing assistants.

Feeling of confidence and safety of personnel when managing violent behaviors of psychiatric patients

The study findings revealed that most of the personnel, or 72.6%, felt safe and confident to provide care to psychiatric patients who had violent behaviors and who were unfriendly. A qualitative questionnaire of the personnel of Galya Rajanagarindra Institute showed that there were five factors that made the personnel

feel safe and confident as follows: 1) There was an emergency team that was ready to help when patients had violent behaviors; 2) The assessment of patients' violent behaviors was accurate and most of the staff had undergone training on how to assess symptoms and manage violent behaviors of psychiatric patients; 3) There were separate rooms, tools, and equipment that were ready for use; 4) The staff were knowledgeable and proficient when it came to management of violent behaviors which enabled them to effectively manage patients' symptoms and maintain good attitudes toward psychiatric patients who had violent behaviors; and 5) Most of the staff had more than 20 years of experience working to provide care to psychiatric patients so they were confident to make a decision to carry out their practice or solve problems effectively.

On the other hand, more than half, or 57.5%, of the personnel felt unsafe when they had to provide care to psychiatric patients with violent behaviors. Most of these staff members were those who had to work with forensic psychiatric patients who had committed serious and startling crimes. When the patients had violent behaviors, it was during the shift when there were fewer staff on duty as many of them were taking a meal break, so the emergency team needed to be called for. In addition, it was found that the health status of some of the emergency team members made them lack readiness to provide assistance to the best of their ability. The qualitative findings regarding factors that deprived staff members of their confidence were 1) lack of readiness of the emergency team, 2) staff shortage, 3) insufficient separate rooms, 4) limited space, and 5) inaccurate assessment of symptoms. Some staff members stated that they felt unsafe and afraid that they would be injured by the patients. These findings were consistent with the findings of Theera Leelanantakit (B.E. 2541) who found that the cause of injury of staff members was management of patients when they were having violent behaviors. Therefore, the staff felt scared and angry, they felt like leaving their work, and they lost willpower and morale to continue their work.

Environmental factors related to violent behavior in psychiatric patients

Environmental factors are considered causes of violent behaviors in psychiatric patients, in particular the environment within the hospital which can lead to behaviors in the patients including the buildings where the patients were admitted,

the manpower of personnel, and time and place of behaviors, which can be explained as follows:

Building where parents were admitted: The study findings showed that most of the violent behaviors took place at Dr. Yanyong Building, which was a common male ward for non-convicted psychiatric patients and patients with substance abuse. At this building, nursing care was provided to patients since they were first admitted until they were discharge. It was rather crowded in the building, with a large number of patients on each day, with the mean number of patients of 55. A review of literature on factors related to environmental factors showed that a crowded environment with a large number of patients as well as the structure of the building were associated with violent behaviors in patients (Vanderslott, 1998). In the present study, Dr. Yanyong Building had the highest incidents of violent behaviors in psychiatric patients because it was the building that admitted psychiatric patients for treatment and patients with substance abuse for rehabilitation that were sent to the hospital by the Corrections Office as required by law. The patients who were suffering from withdrawal symptoms tended to be confused, puzzled, and angry. When they had to stay with other patients, it was likely that they would feel displeased and start expressing violent behaviors.

Manpower during the incidents of violent behaviors: In this study, it was found that the incidents of violent behaviors occurred most frequently during the breaks in which staff members were taking turn having their meals. This was because there were fewer staff members who were on duty during that time. In general, there were two professional nurses and one to two nursing assistants who were on duty to provide care to 40 to 50 patients. The findings of the present study were congruent with the findings of Chou et al. (2002) who found that the incidents of violent behaviors in psychiatric patients doubled during holidays when there was staff shortage.

Time of violent behaviors: According to the study findings, the time during which the psychiatric patients were more likely to have violent behaviors was the morning shifts between 08:00 a.m. and 04:00 p.m. In this study, the total number of incidents during the morning shifts was 26 cases. Likewise, Vanderslott (1998) conducted a study and found that close to half, or 44.6%, of the incidents involving

violent behaviors of the patients took place during the daytime when the healthcare staff members were busier. This was because it was the time that the patients returned from participating in group activities, so all of the patients in the wards were present. Another time during which violent behaviors were more likely to take place was during the period when the patients were cleaning themselves. This was because there were a large number of patients, so the place was so crowded.

Place of violent behaviors: It was found that the place where incidents involving violent behaviors occurred most frequently was the lobby, which was used to do activities such as paying homage to the Buddha image, praying, watching television, and lying down idly. In addition, at Matchima Building and Nareenart Building, the lobby was also used for dining purposes because due to lack of space and restrictions in building structures. Similarly, Chou (2002) pointed out that arranging patients to do activities together may increase the chance for violent behaviors. In this study, when patients had to be in the same place to do activities such as using a bathroom during cleaning time together or eating a meal together during meal time, the risks and the likelihood that the patients would have violent behaviors tended to increase.

Recommendations

Based on the study findings, the following recommendations for nursing care practices, nursing education, and nursing research can be made as follows:

For nursing care practices

The findings of the present study can be used to develop and improve nursing care provided to psychiatric patients with violent behaviors to increase quality of nursing care as follows:

1. The findings on personal factors of the patients which were found to be associated with violent behaviors in psychiatric patients can be used as a guideline for nurses who have to assess risks of violent behaviors during provision of nursing care activities. This should lead to development of an instrument to assess violent behaviors in psychiatric patients to ensure quality, accuracy, and uniformity in practice.

2. The findings related to personnel factors that were related to violent behaviors in psychiatric patients could raise nurses' awareness of the risks in providing care to psychiatric patients with violent behaviors and the necessity to reduce such risks when providing care to this group of patients. In addition, nurses should have a guideline to manage psychiatric patients with violent behaviors in accordance with their level of violent behaviors expressed by patients.

3. The findings on the environmental factors associated with violent behaviors in psychiatric patients could be used as a guideline for nurses to ensure that the environment is appropriately managed to reduce risks of violent behaviors of psychiatric patients.

For nursing research

1. Research should be conducted to develop an evidence-based clinical nursing practice guideline to provide care to psychiatric patients, especially forensic psychiatric patients.

2. Research should also be carried out to develop the programs to prevent or reduce violent behaviors of psychiatric patients such as using group therapy to promote management skills in anger management, sports therapy group, etc.

For nursing administration

1. A workshop should be organized to brush up the caregiving skills of healthcare team members who provide care to psychiatric patients at least once a year.

2. An assessment scale of violent behaviors in psychiatric patients should be revised to ensure ease of understanding and convenience to use. Explanation should also be given to healthcare team members to ensure understanding and correct implementation of the assessment scale.

3. An orientation should be carried out to follow up the operation of nursing personnel.

4. Healthcare team members should be provided with opportunity to pay a visit to other workplaces so that they will be able to apply what they have learned in their own care setting.

5. The service system should be developed to ensure its quality. For instance, personnel should be appropriately allocated to ensure adherence to accepted nursing care standards and to achieve hospital accreditation.

บรรณานุกรม

- กษพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). รายงานประจำปี. กรมสุขภาพจิต.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จามจุรี อุดรสาร. (2548). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชหญิงหอผู้ป่วยเรื้อรังหญิง 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อุบลราชธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตจำนง ผลพฤษยา. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่3). นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2527). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจตน์ภาดา นาคบุตร. (2547). การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- ชไมพร ทวีศรี. (2542). ลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรงและการกระทำผิดในวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7(2), 101-112.
- ครุณี เลิศปรีชา. (2545). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงตา กุลรัตน์ญาณ. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งได้รับการรักษาด้วยยา. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 13(1), 32-45.

- รัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2543). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง*. เอกสารประกอบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2541). *การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์.
- นันทิกา ทิวาชาติ. (2544). *บุคลิกภาพผิดปกติ*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรันดร์ วิเชียรทอง. (2541). โรคจิตกับความรุนแรง. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช*, 1(1), 39-42.
- บุศยา บุญใจเพชร. (2549). *แนวพิจารณาในการให้ยาเมื่อจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลสวนปรุง*. *วารสารสวนปรุง*, 22(1), 18-35.
- เบญจมาพร บัวหลวง. (2548). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการผูกมัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกาศ อุกรานันท์ และวีระเดช วีระพงษ์เศรษฐ์. (2541). *ผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรง*. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลนิติจิตเวช.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกูร และบารมี จรัสสิงห์. (2547). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย*. รายงานการวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปสาธนีย สิริสรเดช. (2542). *ปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้ภรรยาฆ่าสามี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ กะโว. (2548). *โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ดนตรีสำหรับผู้ป่วยเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนา กนิษฐสุด. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา*. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร.
- มานิช หล่อตระกูล. (2539). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัชชัย คงสกันธ์. (2549). *ความรุนแรงในครอบครัวภัยเงียบของสังคม*. สัมมนาสังคมศาสตร์เชิงพฤติกรรม สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. เอกสารประชุมวิชาการ.

- วสุ จันทรศักดิ์.(2543). ผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(1), 17-29.
- วัลลี ธรรมโกสิทธิ์.(2550). *ความตรงของแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง: HCR – 20*. รายงานการวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วาสนา แฉล้มเขตร. (2544). *การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน*. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.หน่วยที่ 1-7มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี:
- ศิริพร ทุมเสนา. (2547). *ผลของการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในผู้ป่วยจิตเวชชาย*.รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 10(3), 143.
- สุรัช สุนันดา. (2545). *เจตคติบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการผูกมัดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช*.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2545). *การพยาบาลจิตเวช*.พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส.(2546).*หลักกฎหมายอาญา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2528). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.
- สาธิตา ไคว่บุญงาม. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช*. รายงานวิจัย. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. กรมสุขภาพจิต.
- สุพัฒนา เฉชาดิวงศ์ ณ อยุธยา. (2536). *อาการของโรคทางจิตเวช*. ในเกษม ดันติผลชีวะ(บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (หน้า 37-65). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อัปสร ชานวิทิตกุล. (2549). *การศึกษาการใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนโรงพยาบาลศรีธัญญา*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อนุชิต พิมลิม. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมรุนแรง และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับโรงพยาบาลศรีธัญญา. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alspach, G. (1993). Nurses as victims of violence. *Critical Care Nurse*, 13(5), 13-17.
- Altschul, A., & McGovern, M. (1985). *Psychiatric nursing* (6th ed.). London: English Language Book Society.
- Anderson, T.R., Bell, C.C., Powell, Williamson, J.L., Blount, M.A. (2004). Assessing psychiatric patients for violence. *Community Mental Health Journal* 40, 379-399.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-hall.
- Barnes, C.A. (1992). Aggression and violence in Brooking, J.I., Ritter, S.A.H., & Thomas, B.L. (Eds.). *A textbook of psychiatric and mental health nursing*. (pp.437-448). Edinburge: Livingstone.
- Beck, C.K., Rawlins, R.P., & Williams, R. (1988). *Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Blair, D. T., & New, S.A. (1991). Assaultive behavior: Know the risks. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29, 25-30.
- Borum, R., Swartz, M., & Swanson, J. (1996). Assessing and managing violence risk in clinical practice. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 205- 215.
- Burrow, S. (1994). Nurse-aid management of psychiatric emergencies: 3. *British Journal of Nursing*, 3, 121-125.
- Casseem, M. (1984). Violence on the wards. *Nursing Mirror*, 158, 14-16
- Chou, K. R., Lu, R.B., & Mao, W. C. (2002). Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16 (4), 187-195.
- Cooper, C. (1995). Patient suicide and assault: Their impact on psychiatric hospital staff. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(6), 26-29.

- Delany, J., Cleary, M., Jordan, R., & Horsfall, J. (2001). An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 77-84.
- Dexter, G., & Wash, M. (1995). *Psychiatric nursing skills: A patient- centered approach* (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- 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 Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325-337.
- 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.
- Fishel, A.H., Fereiro, B.W., Rynerson, B. C., Nickell, M., Jackson, B., & Hannan, B.D. (1994). As-needed psychotropic medication: Prevalence, indication and results. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32(8), 27-32.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 140-149.
- Garza- Trevino, E.S. (1994). Neurobiological factors in aggressive behavior. *Hospital Community*, 45, 690 - 699.
- Glazer, W. M., & Dickson, R, A. (1998). Clozapine reduces violence and persistant aggression in schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 59, 8-14.
- Gunn, J. (1973). *Violence*. New York: Praeger.
- Hahn, S., Needham, I., Abderhalden, C., Duxbury, J.A.D., & Halfens, R.J.G. (2006). The effect of a training course on mental health nurses attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 197-204.
- Hamolia, C. D. (2005). Preventing and managing aggressive behavior. In G.W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 630-653).St. Louis: Mosby.
- Harper - Jaques, S., & Reimer, M. (1998). Biopsychosocial management of aggression and Violence. *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.

- Harris, G. T., & Rice, M. E. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services*, 48(9), 1168-1176.
- Hassiotis, A., & Hall, I. (2004). *Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly- directed aggressive behaviour in people with learning disabilities*. <http://Cochrane.com> Accessed 5th July 07.
- Hyman, S.E. (1988) .The violent patient. In Hyman, S.E. *Manual of psychiatric emergencies* (2nd ed.). Boston: Little Brown.
- Johnson, B., Martin, M. L., Guaha, M., & Montgomery, P. (1997). The experience of thought - disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 4,213-220.
- Klassen, D., & O' Connor, W. A. (1998). A prospective study of predictors of violence in adult male mental health admissions. *Law and Human Behavior*, 12, 143-158.
- Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 309-318.
- Lee, H. K., Villar, O., Juthani, N., & Bluestone, H. (1989). Characteristics and behavior of patients involved in psychiatric ward incident. *Hospital Community Psychiatry*, 40, 1295-1279.
- Lewin, D.M., Pincus, J., & Shanok, S. (1998). Psychomotor epilepsy and violence in a group of incarcerated adolescence boy. *American Journal of Psychiatry*, 139, 882-887.
- Lewis, D.M (2002). Responding to a violence incident: physical restraint or anger management as herapeutic intervention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 9(1), 57-63.
- MacArthur Foundation (2001). *The MacArthur violence risk assessment study executive summary*.
- Martin, T., & Daffern, M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 90-99.
- McFarland, G.K., & Thomas, M.D. (1990). *Psychiatric mental health nursing: Application Of the nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Miller, R. (1991). Hitting back. *Nursing Times*, 87(5), 56-58.

- Morrison, E. F. (1993). Toward a better understanding of violence in psychiatric setting Debunking the myths. *Archives of Psychiatric Nursing*, 86, 114-116.
- Natthawut Arin. (2004). *The commission of crime and criminal responsibility in forensic psychiatric offenders*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts (Criminology and Criminal Justice). Faculty of graduate studies, Mahidol University.
- Novaco, R. (1976). The function and regulation of arousal of anger. *American Journal of Psychiatric*, 133(10), 1124-1127.
- Polit, D.F. (2004). *Nursing research: Principles and methods* 7 ed. Philadelphia: Lippincott.
- Rawlin, R. P., and Heacock, P. E. (1993). *Clinical Manual of Psychiatric nursing*. Copyright by Mosby year Book, Inc. Printed in USA.
- Rickelman, B.L. (1997). Aggressive and violent behavior. In Johnson, B.S. *Adaptation and growth psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Rickelman, B.L. (2003). *The client who displays angry, aggressive, or violent behavior: Johnson's Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Schiavi, R., Theilgaard, A., & Owen, D. (1984). Sex chromosome anomalies, hormones and aggressivity. *Archives of General Psychiatry*, 41, 93-99.
- Sclafani, M. (1986). Violence and behavior control. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 24(11), 8-13.
- Scott, C.L., & Resnick, P.J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*. 598-611. Retrieved December 20, 2008, from <http://www.sciencedirect.com>.
- Spiessl, H., Krischker, S., & Cording, C. (1998). Aggressive Handlungen in psychiatrischen Krankenhaus. Eine auf die psychiatrische Basisdokumentation gestutzte 6-Jahres-Studie bei 17943 stationaren Aufnahmen. *Psychiatrische Praxis* 25, 227-230.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J. (1998). "Violence by people discharged from acut psychiatric inpatient facilities and by other in the same neighborhoods." *Achives of General Psychiatry* online accessed (on 12/9/2004) <http://ps.psychiatry online. org>, October 2003 Vol.54 No.10.

- Swanson, J. W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- 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.
- Tardiff, K., Marzuk, P., Leon, A., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence inpatient admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 154(1), 88-93.
- Vanderslott, J. (1998). A study of incidents of violence towards staff by patient in an NHS Trust Hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 291-298.
- Videbeck, S.L. (2001). Anger, hostility and aggression, *Psychiatric Mental Health Nursing*. (pp.213-231). Philadelphia: Lippincott.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., Hart, S. D. (1997). *HCR-20 Assessing Risk For Violence version 2*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Wilson, H. S., & Kneisl, C.R. (1996). *Psychiatric nursing* (5th ed.). Menlo Park: Addison Wesley Nursing.
- Yudofsky, 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.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง

คำชี้แจง แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาบันทึกข้อมูลจากการศึกษาเพิ่ม
ประวัติผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง
และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เลขประจำตัวผู้ป่วย
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. อายุ ปี เดือน
4. การวินิจฉัยโรค (ตามระบบ ICD 10)
5. สถานที่เข้ารับการรักษานี้
() นิติกรักษ์ () นารินาถ () มัชฌิมา () นายแพทย์ยรรยง
6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาล ครั้ง
7. สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย () แยกกันอยู่
8. ระดับการศึกษา.....
9. อาชีพก่อนเข้ารับการรักษานี้ () มี () ไม่มี
10. ประวัติการใช้สารเสพติด () มี () ไม่มี
11. ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง () มี () ไม่มี
12. ประวัติการประกอบอาชญากรรม () มี () ไม่มี
13. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

ครั้งที่ 1 วันที่ เดือน พ.ศ.

ประเภทของพฤติกรรมรุนแรง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง () พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ป่วยอื่น
() พฤติกรรมรุนแรงต่อเจ้าหน้าที่ () พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ
() พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา

การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

โดยพยาบาลวิชาชีพ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ () พูดคุยกับผู้ป่วย () เผชิญเหตุพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด
() จับหรือคว่ำผู้ป่วยไว้ก่อน () ให้ยารับประทานทันที () ให้ยาฉีดทันที
() แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม () นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก () ใช้การผูกมัด
() ไม่ได้บันทึก

โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ () พูดคุยกับผู้ป่วย () เผชิญเหตุพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด
() จับหรือคว่ำผู้ป่วยไว้ก่อน () แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม () นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก
() ใช้การผูกมัด () ไม่ได้บันทึก

อัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่/จำนวนผู้ป่วย

จำนวนเจ้าหน้าที่ในเวร: พยาบาลวิชาชีพ..... คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คน

จำนวนผู้ป่วยในเวร คน

สถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช**ครั้งที่ 2** วันที่ เดือน พ.ศ.**ประเภทของพฤติกรรมรุนแรง** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง () พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ป่วยอื่น
 () พฤติกรรมรุนแรงต่อเจ้าหน้าที่ () พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ
 () พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา

การจัดการของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง**โดยพยาบาลวิชาชีพ** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ () พูดคุยกับผู้ป่วย () เผชิญเหตุพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด
 () จับหรือคว้าผู้ป่วยไว้ก่อน () ให้ยารับประทานทันที () ให้ยาฉีดทันที
 () แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม () นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก () ใช้การผูกมัด
 () ไม่ได้บันทึก

โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไม่ได้ให้การจัดการใดๆ () พูดคุยกับผู้ป่วย () เผชิญเหตุพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด
 () จับหรือคว้าผู้ป่วยไว้ก่อน () แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่ม () นำผู้ป่วยไปไว้ในห้องแยก
 () ใช้การผูกมัด () ไม่ได้บันทึก

อัตรากำลังเจ้าหน้าที่/จำนวนผู้ป่วย

จำนวนเจ้าหน้าที่ในเวร: พยาบาลวิชาชีพ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คน

จำนวนผู้ป่วยในเวร คน

สถานที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามบุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกลดลงภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย X ลงใน () หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดและกรุณาตอบทุกข้อ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ () ต่ำกว่า 25 ปี () 26-35 ปี () 36-45 ปี () มากกว่า 46 ปี
3. ระดับการศึกษา
() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี
() ปริญญาโท () อื่น ๆ
4. ตำแหน่งในการทำงาน
() ผู้ช่วยเหลือคนไข้ () พยาบาลวิชาชีพ
5. ขณะนี้ท่านปฏิบัติงานประจำที่ใด
() นิติรักษ์ () นารีนาถ () มัชฌิมา () นายแพทย์ยรรยง
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ปี เดือน
7. ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปี เดือน
8. ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ปี เดือน
9. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
() ไม่เคย () เคย
10. ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
() ไม่เคย () เคย
11. เข้ารับการอบรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
() ไม่เคย () เคย ครั้งล่าสุดเมื่อ

12. ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย

() ไม่ใช่ () ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ☐ ล้อมรอบตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับท่านในการปฏิบัติงานและตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 ตัวเลือกเท่านั้นและขอให้ท่านตอบทุกข้อ

ตัวอย่าง ท่านมีความมั่นใจในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช

1 2 ③ 4
ไม่มีความมั่นใจเลย ไม่มีความมั่นใจ มีความมั่นใจ มีความมั่นใจอย่างยิ่ง

1. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร

1 2 3 4
ไม่มีความมั่นใจเลย ไม่มีความมั่นใจ มีความมั่นใจ มีความมั่นใจอย่างยิ่ง

2. ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1 2 3 4
รู้สึกไม่ปลอดภัยเลย รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกปลอดภัย รู้สึกปลอดภัยอย่างยิ่ง

3. ท่านมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลงได้

1 2 3 4
ไม่มีความสามารถเลย ไม่มีความสามารถ มีความสามารถ มีความสามารถอย่างยิ่ง

4. ท่านมีความสามารถในการมีส่วนร่วมยับยั้งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยวิธีการผูกมัดได้

1 2 3 4
ไม่มีความสามารถเลย ไม่มีความสามารถ มีความสามารถ มีความสามารถอย่างยิ่ง

5. ท่านมีความสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1	2	3	4
ไม่สามารถเลย	ไม่สามารถ	มีความสามารถ	มีความสามารถอย่างยิ่ง

6. ท่านมีความมั่นใจในความสามารถของผู้ร่วมงานของท่านในการดูแลความปลอดภัยของท่านและในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้

1	2	3	4
ไม่มีความมั่นใจเลย	ไม่มีความมั่นใจ	มีความมั่นใจ	มีความมั่นใจอย่างยิ่ง

7. ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่อปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1	2	3	4
รู้สึกไม่ปลอดภัยเลย	รู้สึกไม่ปลอดภัย	รู้สึกปลอดภัย	รู้สึกปลอดภัยอย่างยิ่ง

8. กรุณาระบุปัจจัย 3 ข้อที่ส่งเสริมให้ท่านมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

9. กรุณาระบุปัจจัย 3 ข้อที่ทำให้ท่านมีความมั่นใจลดลงในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

❀ ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ❀

ภาคผนวก ค



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ชื่อผู้วิจัย นางศุคสาคร จำมัน

ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....



วันที่ 29 เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวสุทธาสกร จำนัณ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตรภาคพิเศษ แผนก ข) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

(A SITUATIONAL ANALYSIS OF VIOLENT BEHAVIORS IN PSYCHIATRIC PATIENTS AT GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE)

จึงเรียนมาเพื่อนำเสนอประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน พิจารณา
ดำเนินการต่อไป ตามสมควรด้วย

(นางสุทธาสกร จำนัณ)

หัวหน้าโครงการ

เรียนเสนอ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
เพื่อพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยา วิฑะสุกร)

หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นางสุดสาคร จำมัน
วัน / เดือน / ปีเกิด	1 เมษายน 2505
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาสราชนครินทร์, 2525 จังหวัดนราธิวาส ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, 2547 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, 2549-2552
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 02-4410091
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 02-889-9066-67 ต่อ 1421 - 1538 มือถือ 089- 6638435 E-Mail address: sudsakorn_mam@hotmail.com