

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด

Self-perceptions of Violent Behaviors

in Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล นริสา วงศ์พนารักษ์*

Panurat Srimungkhul Narisa Wongpanarak*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ. มหาสารคาม ประเทศไทย 44150

Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham, Thailand 44150

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้มี 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ หวั่นใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของพฤติกรรมรุนแรงจากสาเหตุภายในตนเองและจากภายนอก รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติดกลุ่มนี้

คำสำคัญ: พฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด

Corresponding Author: *Email: narisa.w@msu.ac.th

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่รับ (received) 15 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ 11 ก.ค. 2565

Abstract

The purpose of this qualitative research was to describe the violent behaviors in males who had schizophrenia and amphetamine addiction. 15 key informants participated in this study. The qualitative data were accessed by in-depth interviews. Data were analyzed by content analysis method.

Five-main themes emerged from the data's meaning: 1) The meaning of the violent behaviors based on the views of the patients found as the action with warning signs, cannot be stopped of aggressive mood and action to stop and defense violence. 2) Their violent behaviors included verbal and physical aggression. 3) Internal causes of the violent behaviors included impatience and a perceived inability to control behavior; external causes included arousing words from others, a lack of supportive family relationships, and the use of amphetamine or alcohol. 4) Perceived effects of violent behaviors were their feelings of guilt and regret over physical injuries, insecurity and fear of the other's reactions, and that life seemed ruined. 5) The informants wanted family members to be aware of the warning signs of violent behavior, wanting others to listen and stop talking, and wishing to have appropriate caring responses.

The findings can be used to raise awareness of harmful internal and external causes of violent behaviors and their perceived effects. Health care providers should develop a community-based violence prevention program for males with schizophrenia and amphetamine addiction.

Keywords: Violent Behaviors, Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction.

บทนำ

จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence :SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 13,194 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 ราย (ร้อยละ 62.49) เพศหญิง จำนวน 4,949 ราย (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุด อายุอยู่ในช่วง 26-45 ปี เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.22 และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 2,213 ราย (ร้อยละ 17.34) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า มีผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่นรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 3,880 ราย (ร้อยละ 29.80) สูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง¹ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ได้เริ่มมีการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ทั่วประเทศเป็นครั้งแรก เนื่องจากมีแนวโน้มภาวะโรคร่วม (dual diagnosis) โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาติด

สารเสพติดหรือมีความผิดปกติทางจิตมาก่อน ร้อยละ 50 ของโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยพบมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า และที่สำคัญคือ 1 ใน 2 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติด² โดยส่วนมากพบพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีน³⁻⁴ เพศชายที่มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงและมีประวัติใช้แอมเฟตามีนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากที่สุด⁵ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาแอมเฟตามีนมีแนวโน้มก่อพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในชุมชน อันส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกระดับเป็นวงกว้าง

พฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิด หรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ⁶ ผู้ป่วยจิตเภทกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมากถึงร้อยละ 84.80 โดยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชนมากถึงร้อยละ 42.90⁷ ผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรง มีต่อผู้ป่วยและผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ รู้สึกผิด เสียใจ ทุกข์ใจ วิตกกังวล เครียด เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้

เกิดความหวาดกลัว เป็นที่รังเกียจ เกรงได้รับอันตราย ไม่มีใครกล้าเข้าใกล้ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้⁸ เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลังที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่น และทรัพย์สิน⁹ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยั้งที่ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วย¹⁰ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มทำให้เกิดความเสียหายอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองญาติ และบุคลากรผู้ให้บริการ¹¹ ดังนั้น

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักความสำคัญของปัญหานี้และมีการวางแผนป้องกันพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทางการแพทย์ พบว่า การวิจัยพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่อาจยังไม่สามารถเข้าใจความรู้สึก ทรรศนะ ความเชื่อและประสบการณ์ตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งข้อค้นพบนี้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ที่จะสามารถนำไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผลการวิจัยจะนำมาสู่ความเข้าใจมุมมองและการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

คำถามการวิจัย

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเคยเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระยะการติดตาม 2) ปัจจุบันหยุดเสพแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป 3) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน 4) เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) อยู่ในช่วงติดตามต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง 5) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการคงที่ (Stabilization) ตั้งแต่หลังจำหน่ายถึง 6 เดือน หรือระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery) 6 เดือน ถึง 1 ปี 6) ไม่มีอาการทางจิต และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม 7) สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี พูดคุยเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้ และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี 8) สมจริตและยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ และเกณฑ์คัดออก คือ มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะการใช้ชีวิต คู่สมรส ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน ความรู้สึกต่อตนเอง ลักษณะนิสัย พฤติกรรมรุนแรงก่อนป่วย ลักษณะอาการเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์ความรุนแรง และอิทธิพลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณามาสร้างแนวคำถามภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 ราย นำมาปรับภาษาให้เหมาะสมแล้วจึงนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ 1) ท่านรับรู้หรือเข้าใจความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่าอย่างไร 2) ขอให้ท่านบอกเล่าประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น 3) ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมรุนแรงบ้าง 4) พฤติกรรมรุนแรงนั้นมีผลกระทบกับตัวท่านเองอย่างไร 5) ท่านมีความต้องการการดูแลอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 224-215/2564 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากคลินิกในเครือข่ายแห่งหนึ่งมีการระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสาร คำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจแล้วจึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) รวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) เมื่อสัมภาษณ์จนไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เกิดขึ้น เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 60-90 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim) มีการแปลผลข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดย 1) การจำแนกประเภทข้อมูล (Identifying) 2) การลงรหัส (Coding) 3) การจัดหมวดหมู่ (Categorizing) และ 4) การวิเคราะห์และเสนอข้อสรุป (Conclusion)¹² ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้วยการเปรียบเทียบ ข้อมูลเดียวกันที่เก็บมาจากเวลา สถานที่ หรือ บุคคลที่แตกต่างกันด้วยวิธีการหลายวิธี 2) การตรวจสอบข้อมูลแบบถามซ้ำ คือการพิจารณาข้อมูลที่เก็บมาได้ หากข้อมูลใดเป็นที่สนใจ ผู้วิจัยก็จะตรวจสอบความตรงภายในด้วยการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งหนึ่ง 3) ตรวจสอบการจดบันทึกให้เป็นระบบ ละเอียด ครอบคลุม แยกแยะข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และความคิดเห็นของผู้วิจัยออกจากกัน อย่างเป็นระบบ ลงบันทึกวันที่ จัดทำดัชนีให้ชัดเจน และเป็น

ระบบ จัดทำ รหัสของคำ กลุ่มคำ/เกณฑ์และกระบวนการ และ 4) ตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล¹³

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 26-47 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.33) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อาชีพเกษตรกรจำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.66) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-10,000 บาท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 86.66) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.33) สถานภาพสมรสและหย่าร้าง เท่ากัน 6 คน (ร้อยละ 40) ลักษณะการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันทุกวันและไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจากหย่าร้างเท่ากัน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40) มีลักษณะนิสัยใจร้อน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.7) มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.7) มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับครอบครัว จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.3) และมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับบุคคลอื่นจำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.3)

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีประสบการณ์ความรุนแรงทางคำพูด (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำร้ายคนอื่น จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำลายสิ่งของจำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) และมีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำร้ายตนเอง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.66) พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากตนเองเพียงอย่างเดียว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.66) ทุกคนมีอาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ 100)

ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้ มี 5 ประเด็นหลัก คือ

- 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง
- 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง และ 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวและคนอื่นมีการตอบสนองที่เหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามการรับรู้ของตนเอง โดยให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง ดังคำพูดต่อไปนี้

“คือการใช้วิธีโยนของเพื่อแสดงให้คนรอบข้างรู้ว่า กำลังหงุดหงิดโมโหก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตอนนั้น

ทะเลาะกับแฟน เขาว่าไปกันไม่ได้ พอโมโหผมก็เดินหนี หลังจาก
ด่ากัน แล้วก็เดินไปวนหาไฟแช็คมาจุด แต่ไม่ทันมีใครสังเกต ผม
ก็เลยเผาเต็นท์เลย เกือบไหม้บ้านลามทั่วมหั้ว” (รายที่ 5)

“คือความขาดสติ ไม่มีสติไม่มีความคิด คิดควบคุม
ตนเองไม่ได้ เหมือนกับว่าเราคืออยู่อย่างมันเป็นเรื่องไม่ดี แต่เราไม่
สามารถห้ามใจตนเองได้” (รายที่ 9)

“คือเป็นบ้า ตอนนั้น มันไม่มีอะไรมีแต่เสียกับเสีย
ควบคุมตนเองไม่ได้ เรียกว่าความคิดความอ่านไม่มีสติ เทียบกับ
ตอนนี้นั้นคนละอย่างกันเหมือนระเบิดเลยเวลาใครพูดอะไรออก
มา ส่วนมากก็ระบายออก เขวี้ยงของ” (รายที่ 8)

“คือการตัดปัญหาด้วยการใช้กำลัง คุณต้องเข้าใจว่า
ผมต่อรองแล้ว ไม่ได้ทำโดยพลการ ผมจึงต้องลงมือ ใช้ความ
รุนแรงตัดสินปัญหา เกินความอดทนของคน ถ้าไม่ทำเพื่อนผม
ก็จะโดน ในเมื่อขอร้องเขาแล้วไม่ฟังผมต้องเริ่มก่อนเพราะใน
กลุ่มผมเป็นคนรักเพื่อนและเป็นเจ้าของบ้าน ถ้าไม่ทำคนอื่นก็
เดือดร้อน คนที่มาเป็นคนจากหมู่บ้านอื่นเข้ามาแสดงพฤติกรรม
ที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้านของผม บางครั้งมันเป็นสิ่งที่จำเป็นต้อง
ทำเพื่อหยุดยั้ง ทำเพื่อปกป้องคนในหมู่บ้าน” (รายที่ 2)

2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการรับรู้
การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง 2 ลักษณะ คือ ก้าวร้าวด้วย
คำพูดและการทำร้ายร่างกาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าผมโมโหผมจะแสดงออกไปทางด้านก้าวร้าว
พูดเสียงดัง ด่าคน กัดฟันเสียงดัง คำพูดคำจาก็จะพูดโต้ตอบกับ
คนที่กำลังโมโหด้วย ขึ้นกุขึ้นมึง อากาณนี่คือผมโมโหแล้ว ผมจะ
บอกเลยว่ากูโกรธ โมโหอยู่ บอกประมาณสามครั้ง ผมเป็นคน
แบบนี้” (รายที่ 6)

“มือนั้นเป็นมือที่ผมเพิ่งออกมาจากโรงพยาบาล ผมเปลือย
ร้องตะโกนด่าพี่สาว พี่สาวจึงตะโกนตอบกลับบอกว่า อย่ามายุ่ง
กับกูมาก เงินกูหมดแล้ว โมโหคำพูดที่ประชดประชันนั้น ผมไม่
อยากฟัง เหมือนพ่อผมเวลาที่ผมไปซื้ออะไรมา เช่น กลองชุด ผม
เอามาตีเล่น พ่อผมก็บอกว่าแกลไปซื้ออะไรมาอีกไอ้คนไม่สม
ประกอบ ผมมันก็เกิดโมโห ปกติผมก็น้อยใจพออยู่แล้วเลยเกิด
อาการโมโห ไม่ชอบคนที่พูดแบบนี้ มันเหมือนตู่ถูกผม ครอบครั
วก็มากระแนะกระแหน ผมก็เลยเกิดโมโหขึ้นมา” (รายที่ 11)

“ใช้ไม้กวาดฟาดลูกสาว จนลูกยกมือไหว้ บอกว่ากลัว
แล้ว จนไปเรียนไม่ได้ ผมว่าในตำราครึบ รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี
รักสามีให้อยู่กับบ้าน ผมก็เลยตี เพราะพูดเกินเหตุเกินไป อยาก
ให้เขาได้ดี ผมก็ว่ามันสมควร เพราะชาวบ้านก็บอกว่าลูกที่เสีย

พ่อแม่ สมควรตี ผมตีลูกสาวครั้งเดียว ลูกชายสามครั้ง”
(รายที่ 7)

“แทงกันตอนนั้นหว่างเดือนสิบสอง ผมมีเรื่องชกต่อย
กับเพื่อนบ้าน ตอนที่ขับรถอีแต๋น ชกต่อยกันจนถึงขั้นแทงกัน
ผมถือมีดในรถอีแต๋น มันกะมาแย่งมีดเอามาแทงท้องผม ต่อสู้กันอยู่
คราวหนึ่ง พอผมรู้ว่าผมถูกแทง ช่วงนั้นมันพุ่มกว่าๆ ผมรีบเรียก
คนพาไปโรงพยาบาล คนมารุมดูเยอะมาก ถึงโรงพยาบาลถูกส่งเข้าไป
ผ่าตัดเปิดช่องท้องเบ่งภายใน เย็บห้าเข็มแต่หมอเย็บห่าง ๆ ไว้”
(รายที่ 12)

“ดึงแขนพ่อสุดแรง เอาไม้ ฟาดพ่อ ตอนนั้นผมก็ว่า
ไม่มีอะไรไม่ทัน พ่อผมร้องผมเลยหยุดแล้วก็วิ่งไปหาเพื่อน
เดินยังไม่ทันพ้นประตูพ่อดึงแขนไว้เลยได้ต่อยกันอีก แล้วที่นี้คน
ก็มาเยอะมาก คนอื่นมาจับผมไว้เขาพากันตบหน้าผม บอกว่า
อย่าเฮ็ด อย่าเฮ็ด (อย่าทำ)” (รายที่ 13)

3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่อธิบายถึงสาเหตุของ
พฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อน
และควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจาก
ภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี
และการเสพแอมเฟตามีนหรือดื่มสุรา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ใจร้อนผมก็จะยอมรับเลยว่าหนึ่งตัวผมเอง ผมก็คิด
ว่าผมมีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ผมรู้ตัวอยู่ นะเป็นคน
ใจร้อน ถ้าได้โมโหขึ้นมาได้พูดไม่ถูกใจนิดหน่อยนะ ผมทุบเลย
ทุบอย่างเดียว ดุนะทุบศาลตายเลย” (รายที่ 11)

“เป็นคนใจร้อน ผมโกรธพูดให้ผมเวลาเดินผ่านหน้า
บ้าน บอกไม่ให้ผมผ่าน ไม่อยากให้ผมผ่าน ผมก็จามาตลอดว่า
มันไม่ใช่พี่น้อง คือมันมาเหมือนมันมาทำหน้าทำตาใส่ผม ผมก็
เลยไปฟันหัวมัน วันนั้นไปนากลับมามันบอกว่าอย่ามาผ่านหน้า
บ้านกู ผมมาบ้านผมก็มาหาผิดไป เห็นมันนอนค่อยเข้าไปฟัน”
(รายที่ 14)

“หงุดหงิด บ่อยๆ เชา มีแต่อยากไป อยากเดินไป ใคร
พูดอะไรไม่เข้าหูก็โมโห โมโห โมโหมาก โมโหจนลั่นห้ามตัวเอง
ไม่อยู่ คือตอนนั้นมันมาขวางทางผม ผมก็โมโหอารมณ์เสีย
เลยคิดอะไรไม่ออก” (รายที่ 12)

“ความรุนแรงที่ว่า เมื่อก่อนกระตุ้นใช้เสียงหนวกหู
ยิ่งโมโหมากขึ้น อยู่เฉยๆ ไม่ต้องมาพูดอะไรกับผม ผมกำลังโมโห
ยิ่งมาพูดมาด่ายิ่งโมโหเพิ่มขึ้น ตอนนั้นเมื่อก่อนมาแนะนำผม เหมือน
สอนผม” (รายที่ 3)

“มีแต่พูดซ้ำเติม พูดแทงใจ บอกว่ามันขี้ยา ยังไงก็

กลับไปกินเหมือนเดิม ยังไงก็เลิกไม่ได้ หมาเคยกินช็อกโกแลตกินช็อกโกแลตแต่ความคิดผม ผมต้องทำกลับกันให้ได้ เพราะว่าผมก็เป็นคนคนหนึ่ง ต้องเปลี่ยนตัวเองให้ได้ ผมว่ามันยังไม่สาย” (รายที่ 4)

“โอ้ยก็อย่ามาเรียกไอ้ผีบ้า ผมไม่ชอบคนมาเรียกแบบนี้ ถ้าจะพูดแบบนี้อย่ามาสนใจผมดีกว่า พูดแบบนี้ผมก็ทำกลับเหมือนกัน ถ้ามาพูดว่าเป็นบ้าผมกำลังโมโห ผมทำจริง ๆ ห้ามเลยคำนี้ผมโมโห ผมไม่ชอบ” (รายที่ 7)

“มาซ้ำเติมดูถูกอยู่นั่นแหละ ว่าเราเป็นบ้า กินยาจิตเวช ส่วนมากนะไปบำบัดไปรักษาเหมือนมีคนมาดูถูก ถ้ามเกี่ยวกับไปรักษาเกี่ยวกับประมาทนั่นเรื่องยาผมเห็นจากเพื่อนผมส่วนมากผมก็ไม่ชอบเกี่ยวกับไปรักษาไปอะไรไปบำบัด หงุดหงิด มันเหมือนกับในใจมันคิดว่าตนเองเป็นนั่นแหละเหมือนมีคนมาดูถูกว่าตนเองเป็นบ้าเป็นอะไร” (รายที่ 8)

“กลับมาบ้านแฟนบ่นก็เลยคุยกัน คำแรกที่เขาวางก็จำแบบเต็มๆไม่ได้หรอก แต่ทะเลาะกัน โกรธกัน ตอนนั้นมาถึงบ้านถือว่าหนัก โมโหง่าย กินเหล้าฆ่าม้า เหตุการณ์ไม่มีอะไรมาก พูดคุยกันแบบเดียว ผมกะเลยทุบรถ ตีนยันมอเตอร์ไซด์” (รายที่ 9)

“ผมว่ายาบ้าทำให้ผมหงุดหงิด บางคนอาจจะใช้ความรุนแรง ถ้าไม่ใคร่ตรองดี ๆ เหมือนผมก็อาจจะตะคอกแม่เพราะเราไม่ได้คิดก่อน เรื่องยาเรื่องเหล้ามีผล” (รายที่ 4)

“เหล้ามีส่วนที่ทำให้หงุดหงิด อารมณ์ขึ้นหงุดหงิดก็มีเหล้าทั้งทำลายสุขภาพและเปลืองเงินไม่เห็นมีใครกินเหล้าแล้วร่ำรวยเลย มีแต่เสียคน ลูกเมียก็เบื่อหน่าย คิดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากเหล้าด้วย” (รายที่ 7)

4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สะท้อนการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ หัวใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ซุกแม่หัวฟาดพื้น (ผลักแม่หัวฟาดพื้น) เอาถังรังผึ้งฟาด ทำร้ายแม่จนเจ็บได้นอนโรงพยาบาล รู้สึกผิดเป็นบาปกรรมเห็นตัวเองเหมือนคนไม่ดีทำร้ายแม่” (รายที่ 1)

“ผมเสียใจ ผิดหวังกับตัวเอง เพราะถ้าผมไม่สร้างปัญหามันก็ไม่เกิด ผมเป็นห่วงความรู้สึกคนแก่ในตอนนั้น ผมกลัวบาป มีแต่ห่วงความรู้สึกแม่ผมเรียกแกว่ายาย ห่วงแกจริง ๆ ผมคิดตลอด อะไรมีผิดถูกผมรู้อยู่ คำว่าห่วงก็หมายถึงกลัวแม่คิดมากไม่สบายใจทุกซอกทุกซอกกับผม ห่วงความรู้สึกแม่” (รายที่ 1)

“รู้สึกเป็นคนไม่ดี หลายอย่าง สังคม ตัวเราเอง ญาติ

พี่น้อง สุขภาพ แล้วก็พ่อแม่พี่น้อง ญาติ สังคม ไม่ค่อยจะเข้าไปส่วนมากจะเอาตัวเองออกจากสังคม ไม่กล้าเพราะเราทำตัวไม่ดี เสียใจอยู่ รู้สึกว่าไม่ใช่ ปกติเราไม่ใช่คนแบบนี้ เสียใจอยู่” (รายที่ 8)

“รู้สึกเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ถ้าพูดถึงผลกระทบมันก็ได้รับอยู่แหละครับ ก็คนไม่รักบ้าง สังคมเขามองเราในแง่ที่ไม่ดี แล้วก็การที่ว่าคนในครอบครัว มีทะเลาะวิวาทกัน มันทำให้คิดไปอีกว่า มันไม่น่าเกิดขึ้นในครอบครัวของเรา ชีวิตเรานั้นน่าจะดีกว่านี้ เรื่องเงินทองเราก็ไม่ดี เป็นหนี้เป็นสิน เป็นหนี้เยอะไม่มีเงินมาบริหารเรื่องจวรดรถ อันนี้ผลกระทบโดยตรงกับตัวผม” (รายที่ 9)

“ไม่รู้ผมจะพูดยังไง ไม่เหลืออะไรสักอย่าง เหมือนถูกกักบริเวณ ไปไหนมาไหนก็มีแต่คนกลัว ก็เลยไม่อยากออกไปไหน อยู่แต่บ๊มบ๊นน้ำมัน คนก็มาเติมอยู่ ลูกคาก็เยอะอยู่ ผมก็ต้องแต่งตัวดี เขาก็ค่อยอยากเข้าร้านเหมือนเราไปในเมืองไปเติมน้ำมัน ถ้าคนไม่เข้าตาเราก็ไม่อยากเติม ผมก็จะได้ปรับปรุงตัวเอง จะได้มีรายได้หมุนเวียน คนก็จะได้เห็นเราการทำงาน ไม่ได้เป็นเหมือนเดิม” (รายที่ 11)

“คือว่าเหตุการณ์มันเกิดขึ้นมาแล้ว คนอื่นก็จะว่า ไอ้คนนั้นมันทำร้ายพ่อ แบบนั้นแบบนี้ ผมก็เลยเกิดความรู้สึกอายตัวเอง แต่ผมก็ขายของอยู่บ้านได้ ไปหาพูดหาปลาได้ แต่ก็ยังไม่ถือว่าเต็มร้อย หรือผมคิดไปเองก็ไม่รู้เพราะว่ากลัวคนอื่นพูดถึง แต่ก็เคยได้ยินตั้งแต่ป่วยใหม่ๆว่าผมเป็นบ้า ว่าผมเสพเมยาบ้าแล้วมาทำร้ายพ่อ ทุบบ้าน แรกๆผมไม่ได้ออกไปไหนเลยนะ ตอนออกจากโรงพยาบาลมีช่วงครึ่งปีหลังเพิ่งออกไปข้างนอกผมก็เล่าให้หมอฟังแบบละเอียดทั้งหมด” (รายที่ 13)

“คนอื่นมองผมไม่ดีสำหมา (เท่ากับหมา) เปรียบเปรยว่าไม่มีอะไรดีขึ้น คิดไม่ดีขึ้น ก็เท่านั้น แค่นั้น เท่าหมาตัวหนึ่งละครับ เราเป็นคนน่าจะคิดได้มากกว่าหมาน้อยใจตัวเอง ที่มันทำให้ตนเองเสียอนาคตไปเยอะมาก” (รายที่ 4)

“ล้มละลาย เหมือนไม่มีใครเลย ไม่มีอะไรเหลือเลย ล้มเหลวกับชีวิต ไม่มีใครช่วย ไม่มีใครดูแล ปัญหาชีวิตเราซบเซาลง น้อยใจกับชีวิต รู้สึกต่อต้านไปหมด คิดอะไรไม่ออก ชีวิตกลายเป็นคนล้มละลาย ครอบครัวแตกแยก ไม่สมบูรณ์ ไม่มีใครจ้างงานแถมติดหนี้ด้วย ผิดหวังกับตัวเอง” (รายที่ 5)

“เป็นบุคคลล้มละลายนั่นแหละ ขาดความน่าเชื่อถือทันทีเลย ไม่มีใครมาเชื่อผมหรอก ใครจะมาเชื่อผม ชีวิตคนมันก็ต้องมีพ่อแม่มันถึงจะสมบูรณ์ ผมว่าจะสร้างให้ลูกบ้านเรือนบ้านหลังนี้ก็จะให้เขาแต่มันล้มละลายหมด ดูเอาเถอะผั่งแตกร้าง

บินหนี คิดดูเอานะวันไหนกลับจากรับจ้างก็ยังได้หยอกได้พูดกับลูก บาดนี้มาบ้านจะได้หยอกใครละคิดว่า ไม่มีแม้กระทั่งคนหยอก คิดดูเอาเลยสภาพความรู้สึกผม” (รายที่ 10)

“เขาบอกว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่กล้าไปพูดกับเขา เขากลัว เขาว่าผมเป็นผู้ป่วยจิตเวชเหมือนเป็นบมด้อย ผมอายุที่เป็นแบบนี้ไม่มีใครยอมรับหรอก คนในหมู่บ้านคงรังเกียจผม จะทำให้ผมทำมาหากินยังงัย งานก็ไม่มีรู้เขาจะรับไหม เขาว่าบ้าอีก ใครจะอยากจ้าง” (รายที่ 5)

“หลังนอนโรงพยาบาล คนอื่นก็ไม่อยากถามเหมือนแต่ก่อน รู้สึกไม่มีใครอยากเข้าใกล้ ไปขายข้าวโพดช่วงแรกไม่มีใครอยากมาซื้อขายไม่ดี ขายไปหลายเดือนค่อยเริ่มกลับมาขายปกติ แรกๆท้อเหมือนกัน คือเหมือนตัวเองเป็นของแปลก สงสัยเขาว่าจากโรงพยาบาลจิตเวช กินยา เป็นบ้าเป็นบอ คนย่าน (คนกลัว)” (รายที่ 6)

“แต่ก่อนก็มีคนมาหา เดินมาหา พูดกันบ่อยกว่านี้ กลายเป็นว่าตอนนี้อยู่ใครอยู่มัน แม้กระทั่งพี่สาวพี่ชาย ญาติพี่น้องก็ไม่มาหาเหมือนเดิม ทุกวันนี้อยู่ใครอยู่มันเลย เพราะว่าคนอื่นเคยไว้ใจ แต่เราไปทำชั่วซำก ก็เลยกลายเป็นว่าเราไม่สนใจเลยไม่อยากมีคนมาใกล้” (รายที่ 9)

“คนในสังคมรังเกียจ กิริยาท่าทางที่สังเกตดู เช่น การที่เคยคุยกันปกติ จะพูดมาก แต่เดี๋ยวนี้พูดน้อยลง ไม่ค่อยคุยกัน เขาไม่อยากพูดกับเรา เขากลัว” (รายที่ 2)

“คล้าย ๆ ว่ามันไม่มีที่ไป ไม่มีใครยอมรับ คือ เหมือนแบบว่ามีเงินเรียกพี่ ไม่มีเงินก็เมินเฉย กับการที่เรากินยาอะไร พ่อแม่แจ้งจับมีประวัติมา คนอื่นจะไม่ค่อยให้ลูกหลานมาหา นะ โอ้ยักอันนี้ (ไอ้คนนี้) มันเป็นบ้าเป็นบอคือซึกุ๊กซึ่ะราง นิสัยปดี้ แบบนี้แหละคนบ้านเรามันเป็นแบบนี้เยอะในสังคม” (รายที่ 4)

5. ความต้องการการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สะท้อนความต้องการของตนเอง โดยความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนัก สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมมองว่าสิ่งที่ผมทำไปมันมีสัญญาณที่ส่งเขาไปแล้ว ผมบอกไปแล้วครั้งสองครั้ง อย่ามาหาว่าผมไม่บอก แต่มันก็ยังมียกคงจะบอกว่าอย่าใช้กำลัง” (รายที่ 2)

“เวลาไปหาหมอ หมอบอกว่าผมหลอน ผมเป็นบ้า

ผมก็ไม่ไป ผมก็เลยหยุดให้ความร่วมมือ ควรบอกผมว่าขอตรวจดูสักหน่อย อย่าเพิ่งพูดก่อนว่าผมหลอน คำว่าหลอน มันแทงใจดำเกินไป ผมอยากให้ตรวจสอบดูก่อน ถ้าตรวจก่อนแล้วบอกว่าผมหลอน ผมพอจะเข้าใจ ต้องอธิบายก่อน” (รายที่ 2)

“อย่าพูดกระโชกโฮกฮากออกคำสั่ง อย่ามาดุด่ากระโชกโฮกฮากมีอำนาจใส่กัน มันลุน (โมโห) ดูในลักษณะของคนที่จะเข้ามาจะต้องมีลักษณะความดี สำหรับตัวผม คุณหมออนามัย ค่อยพูดค่อยจาคนป่วย ช่วยสวดสวดช่วยดูแล ผมคุยกับหมอน่าจะสบายใจสุดแล้วแหละ น่าจะเข้าใจผมมากกว่าคนอื่น ต้องการคนเข้าใจ พูดดี ๆ พูดไพเราะ เอาใจใส่การรักษา” (รายที่ 6)

“ถ้าผมก็รู้สึกตัวอยู่แล้ว แต่อย่ามาซักมาถาม ผมยังไม่ทันเป็นคนผิด ต้องถามผมก่อนว่าเกิดอะไรขึ้น ผมก็ยอมรับอยู่ส่วนหนึ่งว่ามันผิดมันไม่ดีตอนนั้น แต่ผมเคารพหมอ นะ แต่ว่าเรามาอยู่กับหมอ คำว่าหมอของผมนั้นหมายถึงคนที่จะมาช่วยชีวิตเรา เราต้องเคารพหมอ ไม่ใช่เราจะไปเถียงสู้หมอ ผมว่าหมอมารับช่วยเหลือเรา แต่ให้ถามผมก่อนแค่นั้นแหละ” (รายที่ 9)

“ผมต้องการความเข้าใจ ต้องการอีหลี ต้องการความเข้าใจในครอบครัว ต้องการให้เข้าใจผมหน่อย ความรู้สึก ผมคิดว่าต้องใช้ความเข้าใจละครับ แต่อย่าเพิ่งแนะนำผมทางตรงหรือทางอ้อมครับ ทางที่ดีอย่ามาว่า (พูด) ในทางฝ่ายตรงข้ามผมให้มาพูดทางผมก่อน แล้วจะไปถามทางฝ่ายนั้น ให้ถามทั้งสองฝ่ายที่ทะเลาะวิวาท อย่าไปฟังความข้างเดียว ไม่มีใครมาถามผมสักคำเวลาเกิดอะไรขึ้น เวลาเป็นเรื่องเป็นราว ผมก็เลยได้ตัวคนเดียว” (รายที่ 11)

“ก็พูดเพราะๆแหละ ถามเรื่องทั่วไปที่ไม่ใช่ความรุนแรง ถามธรรมดาก็ได้ พูดเพราะๆ ไม่บังเบียดเสียดสีเกิกันไป ไม่อยากให้พูดกระโชกโฮกฮากมาดุด่าผม ผมฟังอยู่ ถามผมว่าสบายดีไหมก็ได้ เป็นยังงัย จิตใจดีไหม สามารถถามผมได้หมด ละขอแค่อย่าด่าผม ผมเป็นคนใจร้อนอยู่แล้ว มาบอกมาสอนผม ผมยังไม่โง่กว่าเดิมร้อยเท่า” (รายที่ 6)

“เรียกผม ถามว่าเป็นยังงัยบ้าง เพราะอะไรไปอยู่บนนั้น กินข้าวหรือยัง ดื่มน้ำหรือยัง ร้อนไหม ลงมาเถอะ ถามทั่วไปนี้ละหมอ เห็นหมอมามาผมก็ดีใจแล้ว ตัวแทนของหลวงน่ะนั้นมาเยี่ยมผมอยู่บ้าน” (รายที่ 7)

“ผมว่าไม่ต้องพูดคำพูดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวผม เหมือนว่าจะพูดกันเอง ไม่ต้องมาพูดเกี่ยวกับเรื่องวิชาการนะ ผมว่า ส่วนมากผมไม่ค่อยชอบประมาณนี้ ยิ่งพูดเรื่องพวกนี้ผมยิ่งจะหงุดหงิดออกมา” (รายที่ 8)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบที่สามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ตามลำดับดังนี้

1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง สอดคล้องกับ เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ¹⁴ อธิบายว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถระงับได้ หรือไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมโดยเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ⁶ เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลัง ที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่น และทรัพย์สิน⁹ เป็นลักษณะวิธีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง การทำให้หวาดกลัว การสะท้อนขวัญในชุมชน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 1 พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย เป็นการแสดงออกของความโกรธโดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือการทำลายสิ่งของ และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช¹⁵ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ ยังอยู่ในช่วงติดตาม 1 ปี รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน ไม่มีอาการทางจิต ไม่ได้เสพยาเสพติดในระหว่างนี้ จึงสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเอง

2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งประเภทพฤติกรรมรุนแรง เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ^{1,8-9} ผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษานี้ทุกรายมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด และทำร้ายร่างกายผู้อื่น จึงอธิบายการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงตาม

3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง

สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง

คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมรุนแรงมีสาเหตุมาจากการควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น ควบคุมความโกรธไม่ได้¹⁶⁻¹⁸ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา เช่น พุดจาหยาบคาย ด่าพ่อแม่ ประณามเยาะเย้ยและการใช้ถ้อยคำวิพากษ์วิจารณ์¹⁸ การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี โดยการมีบรรยากาศการสื่อสารในครอบครัว แบบขัดแย้งกันเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ใช้คำพูดก้าวร้าว คำหยาบคาย ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงเกินไป ใช้ถ้อยคำวิพากษ์วิจารณ์ ตาหนักตีดื่น มีท่าที่ไม่เป็นมิตร จู้จุกจิกมากเกินไป¹⁹ และการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา ก็เป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง^{7,10,17,20} ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน มีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัว และคนในชุมชน

4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผิดและเสียใจ อีกทั้งพฤติกรรมรุนแรงทำให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ญาติ¹⁵ และบุคลากรในทีมสุขภาพ 21 พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช พบได้บ่อยและผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาจนถึงทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้²² นอกจากนี้ ยังรู้สึกหวั่นใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เช่น ไปทำงาน ไปขายของตามปกติ หวั่นใจว่าคนอื่นจะมองอย่างไร จะมีใครมาซื้อของ หรือมาพูดคุ้ยด้วย เกิดความวิตกกังวลว่าไม่มีใครกล้าเข้าใกล้ เป็นที่รังเกียจ ไม่สามารถอาศัยอยู่กับผู้อื่นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจ รู้สึกตนเองไม่น่าเชื่อถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ น่าอับอาย^{8,23} เกิดความบกพร่องทางสังคมและการปรับตัว²⁴ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังสะท้อนถึงผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของตนทำให้เหมือนชีวิตล้มละลาย คือ การสูญเสียทุกอย่าง ไม่มีใคร ไม่มีอะไร ครอบครัวทั้งไป ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีความรู้สึกที่ไม่ดีกับตนเองอยู่เดิม ประกอบกับพฤติกรรมรุนแรงที่ก่อขึ้นมีผลทำให้ครอบครัวและชุมชนยังไม่มั่นใจความปลอดภัย

5. ความต้องการการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นความ ต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม พฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ปัจจุบันมีแนวทาง การลดความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช 2 แนวทาง คือ การพัฒนา โดยองค์การอนามัยโลกโดยกำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อยุติการใช้ ห้างแยกสังเกตอาการ การผูกมัด และวิธีการอื่น ๆ กับผู้ป่วย จิตเวช และแนวทางที่พัฒนาโดยสมาคมจิตเวชชุกเฉิน แห่งสหรัฐอเมริกาโดยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสาร เพื่อลดระดับความกระวนกระวายของผู้ป่วย มีการศึกษา แนวทางสำหรับการปฏิบัติการทางการพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยก้าวร้าวในโรงพยาบาลศรีธัญญา²⁵ แนวทางสำหรับ การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์^{8,22} และมีคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันและโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีรูปแบบในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ในโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ มีเป้าหมายเพื่อสร้าง ระบบการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อช่วยลดอัตราการบาดเจ็บ¹ การศึกษากลยุทธ์สำคัญในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า การใช้เทคนิคการสื่อสารด้วยวัจนภาษาหรือวัจนภาษาสามารถ ลดความรุนแรงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น²² และการศึกษา หลังผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ญาติมีวิธีจัดการให้ ผู้ป่วยสามารถระงับอารมณ์รุนแรงด้วยการให้น้ำเย็นสำหรับ ดื่มก็สามารถบรรเทาอาการให้สงบลง²⁶ จะเห็นได้ว่า การดูแล และการตอบสนองที่เหมาะสมสามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรง ที่อาจเกิดขึ้นเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำข้อค้นพบที่ได้ไปใช้ในการเพิ่มความ ตระหนักถึงอันตรายของพฤติกรรมรุนแรงจากสาเหตุภายใน ตนเองและจากภายนอก รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม รุนแรง และวางแผนการป้องกันและเฝ้าระวังการกระทำ พฤติกรรมรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ในชุมชน
2. ควรพัฒนาชุดความรู้เรื่องการสังเกตสัญญาณ เตือนพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงมีการให้การปรึกษารายบุคคลที่ สอดคล้องกับปัจจัย สภาพปัญหา และบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ และศึกษา เชิงปริมาณ ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมรุนแรง เพื่อลดการกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายที่ เสพแอมเฟตามีนในชุมชน

References

1. Department of Mental Health. Handbook of care systems for psychiatric patients at high risk of violence for institutions and hospitals under the department of mental health. Nonthaburi: Prosperous Plus Company Limited; 2020. (in Thai).
2. Takviriyannun N. Nursing care of people receiving psychiatric drugs. Bangkok: Thammasat University Press; 2015. (in Thai).
3. Maneeganon S, Arunponpaisal S, Pimpanit V, Jarassang N, Boontoch K. Prevalence of substance use in psychiatric outpatient clinic at srinagarind hospital. Journal of The Psychiatric Association of Thailand. 2014; 59(4): 371-80. (in Thai).
4. Panliaw P, Soonthornchaiya R, Vuthiarpa S. The effects of a cognitive behavior therapy program on the aggressive behaviors among patients with amphetamine dependence. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1): 207-14. (in Thai).
5. Sireunthong W, Kongsuk T, Sukhawaha S, Lodthanong S, Leejongpermpool J. Development of violence severity scale in serious mental illness. Journal of The Psychiatric Association of Thailand. 2016; 61(3): 253-66. (in Thai).
6. Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrit-takayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P. Siriraj psychiatry DSM-5. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsanthai Printing Limited; 2015. (in Thai).
7. Thanunchai S, Yunibhand J. Selected factors related to violent behavior in community of schizophrenic patients. Royal Thai Navy Medical Journal. 2019; 46(3): 536-51. (in Thai).

8. Chaiprem M. Violent behavior of psychiatric in-patients at king chulalongkorn memorial hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2011; 21(1): 58-66. (in Thai).
9. Klinpiboon A. Management of model aggressive behavior in psychiatric hospital for nursing personnel. Si Sa Ket: Sumnukpimpanthong Company Limited; 2018. (in Thai).
10. Aiamsaart N, Thaweesees P, Chumchai P. The effect of case management to overall abilities among schizophrenic patients with the risk for violence. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2020; 14(1): 10-22. (in Thai).
11. Srirath J, Chiewsothorn S, Hewan K. Learning management about patient safety in psychiatric patients with violent behavior by Problem - based learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 92-100. (in Thai).
12. Patton. MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. 2nd ed. New York City: SAGE Publications Inc; 1990.
13. Lincoln Ys, Guba EG. Natualistic inquiry. United States: SAGE Publications Inc; 1985.
14. Buracharin W, Uthis P. Selected factors related to violent behavior of schizophrenic patients in community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011; 25(3): 24-37. (in Thai).
15. Thongtup P, Sawangchareon K. Violent behavior of schizophrenic patients and violent management of family. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Divison. 2013; 31(4): 121-27. (in Thai).
16. Sodsri S. The problem of family violence in thai society. Journal of MCU Peace Studies. 2017; 6: 600-09. (in Thai).
17. Rund BR. A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. Nordic Journal of Psychiatry. 2018; 72: 561-71.
18. Hsu MC, Tu CH. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. Journal of Advanced Nursing. 2013; 70(2): 336-49.
19. Kasipholet T, Chunhathititham P, Prasertsong C, Jaroenjikul C, Nansunanon S, Jarutatsanangkoon A. Primary caregivers' experiences of families with schizophrenia patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 20(1): 102-15. (in Thai).
20. Kanthasaibour P, Piboonarluk W, Kaewyot K, Nerikool W. Factors related to violence in schizophrenic patients at somdet chaopraya Institute of psychiatry. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2020; 14(2): 16-28. (in Thai).
21. Sriyarat K. Nurses' roles in management of aggressive psychiatric patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2015; 8(1): 43-52. (in Thai).
22. Sanlamun B, Kedsombun P. The effect of education program for caregiver of schizophrenia patients. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2014; 2(1): 25-35. (in Thai)
23. Agrasuta T, Pitanupong J. Stigma in patients with schizophrenia and caregivers. Songklanagarind Medical Journal. 2016; 35(1): 37-45. (in Thai).
24. Urizar AC, Boyer L, Urzúa A, Williams DR. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2019; 54: 905-9.
25. Ragsasaup S, Sawangwongsin S, Suriyapan N. Development of clinical practice guideline for nursing care violence behavior of schizophrenia patients in srithanya hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021; 36(1): 159-68. (in Thai).
26. Poonnotok P, Kaewmart N, Asarath T, Pratoomsri W. Making it better experiences of thai caregivers in managing psychotic symptoms of persons with schizophrenia. Journal of Health Research. 2019; 33(3): 238-48. (in Thai).