



บทความฟื้นฟูวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

วัฒนาภรณ์ พิบุลธาสักขณ์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ในประเด็นเรื่องความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและวิธีการพยาบาลที่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการ: ทบทวนเอกสารทางวิชาการจากคำร่ววารสารและบทความออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ผล: ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงคือพฤติกรรมที่แสดงออกและช่วยให้เกิดผลเสียขึ้น ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นอาจเกิดจากความรูสึกตัวมากกว่าและส่งผลเสียน้อยกว่าความรุนแรง สำหรับปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น อาจแบ่งเป็น 4 ประเด็นได้แก่ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ผู้ที่จะทำการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย มีความเข้าใจผู้ป่วยและสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

สรุป: พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำเป็นต้องมีความรู้ทั้งภาคทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตพฤติกรรม สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมและมีทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้ป่วยตามมา

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยก้าวร้าว พฤติกรรม

* พยาบาลวิชาชีพ, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



NURSING CARE IN PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIOR

Wattanaporn Piboonarluk*

Abstract

Objective : this article aims to review about the meaning of violent behavior, pathogenesis of violent behavior and the appropriate nursing care.

Material and method : books, original articles and online articles about violent behavior and appropriate nursing care were reviewed.

Result : violent behavior means the behaviors that expressed and aroused others which caused there were four factors associated with the causes of violent behavior which were mental, biological, sociological and environmental factor. The nursing care of patient with violent behavior composed of the knowledge of the expressed behavior, nurses should be able to express empathy and understanding and nurses should also be able to give appropriate care as the patient needed.

Conclusion : to prevent the further damage from the violent behavior, nurses who gave cares to patient with violent behavior should be able to observe the expressed behavior and the cause of violence. And nurses should be skillful in managing the violent behavior as well.

Keywords : behavior, nursing care, violence

* Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการพยาบาลจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ เพราะต้องให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตใจนั้น พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย(therapeutic alliance) สามารถให้คำแนะนำ(advice and guidance) แสดงความอบอุ่น(warmth) มีความเข้าใจ(empathic response) และให้การสนับสนุน(support) ได้แล้ว ยังจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย เพราะผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาแบบในโรงพยาบาล อาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมด้วย

ในบทความนี้ ผู้นิพนธ์ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายและสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง รวมถึงวิธีการพยาบาลพฤติกรรมดังกล่าวด้วย

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง: ความหมายและสาเหตุ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอาจแบ่งเป็น 2 คำ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว(aggressive behavior) และพฤติกรรมรุนแรง(violence behavior) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวหมายถึงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายและไม่เป็นมิตร¹ มีการสื่อสารโดยใช้ทั้งสีหน้าท่าทางและคำพูดกระตุ้นให้ผู้อื่นเกิดความรู้สึกด้านลบขึ้นเช่น รู้สึกเกลียดกลัว ถูกคุกคามเสียศักดิ์ศรี ถูกประจาน² ส่วนพฤติกรรมรุนแรงนั้นมักใช้ในลักษณะของการกระทำที่ผิดกฎหมายและเป็นพฤติกรรมที่กระตุ้นให้เกิด

อันตรายต่อร่างกาย จิตใจและสังคม โดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม²

Yudofsky และคณะ (1986)³ ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึงการที่ผู้ป่วยทางจิตมีการแสดงออกของพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผลเสีย เช่น ทางกายภาพและการกระทำ ทั้งต่อร่างกายตนเองและร่างกายผู้อื่น รวมถึงการทำลายสิ่งของ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางและพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ซึ่งจะเรียกผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวระดับปานกลางขึ้นไป ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยมีเหตุผลว่า พฤติกรรมก้าวร้าวสามารถเป็นแรงขับที่จะนำไปสู่การแสดงอารมณ์ให้เกิดความรุนแรงที่ร้ายแรง โดยที่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมีเป้าหมายและทำด้วยความรู้สึกตัว ต่างจากพฤติกรรมรุนแรงคือไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้และเป็นอันตรายมากกว่า

อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษามองว่า พฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงนั้น มีความหมายที่ไม่แตกต่างกัน สามารถใช้แทนกันได้ เพราะมีความซ้ำซ้อนกันและไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน^{5,6,7} และบางงานวิจัยอาจจะใช้คำว่า พฤติกรรมรุนแรงแทนพฤติกรรมทั้งสองชนิด⁸

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น มีหลายแนวคิด⁹ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดทางจิตวิทยา

ทฤษฎีทางจิตวิทยา จะทำให้เราเข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งพอจะยกตัวอย่างได้เช่น ฟรอยด์มองว่าพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าวของมนุษย์เรานั้น เกิดจากสัญชาตญาณการทำลายล้าง(Death instinct) ซึ่งคนเราจะแสดงความก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่นมากน้อยแตกต่างกันไป สำหรับผู้ที่มีการพัฒนาทางเพศไม่เหมาะสม จะมีพลังของความก้าวร้าว ติดค้างอยู่ในจิตไร้สำนึก ซึ่งพลังงานส่วนนี้จะมีการแสดงออกด้วยวิธีที่ค่อนข้างซับซ้อน¹⁰ สำหรับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(Social Learning Theory) Bandura¹¹ ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมรุนแรงของมนุษย์นั้น เกิดจากการสังเกตและได้รับแรงเสริมจากความสำเร็จอันที่ได้รับ หลังจากการแสดงพฤติกรรมรุนแรงแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีตด้วย

ในมุมมองของทฤษฎี Cognitive มองว่าความรุนแรงนั้นเกิดจากกระบวนการความคิดโดยคนเราจะประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย¹² กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้น อาจเกิดจากการสะสมเป็นแบบแผนมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อคนเรารู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม(สิ่งคุกคามนั้นอาจมีตัวตนหรือไม่ก็มีก็ตาม) หรือมีความต้องการบางอย่าง แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง จะก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลให้เกิดความโกรธต่อไป ถ้าความโกรธนี้ถูกระบายออกเช่นการระบายความ

โกรธด้วยคำพูด จะทำให้ความเครียดลดลงและความโกรธจะหายไป แต่หากความโกรธนั้นไม่ได้ถูกจัดการอย่างเหมาะสม ความโกรธจะถูกกักขังอยู่ในจิตใจของคนๆ นั้น และจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น กลายเป็นความอาฆาตแค้น และหากยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอีก ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา¹³

2. แนวคิดทางชีวภาพ

ปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงมีมากมาย พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจเกิดได้จาก การมีความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ คือมีโครโมโซม Y เพิ่มขึ้นอีกเป็น XYY ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การมีฮอร์โมนเพศโทสเทอโรน (testosterone) สูงกว่าปกติในเพศชายและมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน(estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ลดลงต่ำกว่าปกติในหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน¹⁴ สารสื่อประสาทเช่น Dopamine และ Norepinephrine ที่สูงกว่าปกติ และระดับซีโรโทนิน (serotonin) ที่ต่ำกว่าปกติ^{15,16} และความผิดปกติทางสมองและโรคลมชัก¹⁷ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก็ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเช่นกัน

3. แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural perspective)

เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยค่านิยม ทศนคติแบบแผนของพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง โดยในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมและเชื้อชาติ การถูกแบ่งแยกและการถูกกีดกันทางสังคม จะส่งผลให้เกิด

พฤติกรรมรุนแรงมากกว่า¹⁸

และพบว่า ครอบครัวที่มีการแสดง ความรุนแรงภายในครอบครัว คนในครอบครัว จะเกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำความรุนแรงต่อ บุคคลอื่นโดยเฉพาะเมื่อมีความวิตกกังวล ความ กังวลใจและความขัดแย้ง นอกจากนี้ในนัยการ ใช้สื่อในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนเรา ได้รับอิทธิพลของความรุนแรงเช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์หรือวิดีโอเกมส์ เป็นต้น ซึ่งสื่อต่างๆเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่ ปฏิบัติตามทั้งเจตนาและไม่เจตนา ส่งผลให้ พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นกระทบต่อตนเองและ ผู้อื่น¹⁹

4. แนวคิดทางสภาพแวดล้อม (environment perspective)

Johnson (1997)¹⁹ ได้กล่าวไว้ว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัยหรือชุมชนที่แออัด การขาด ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ให้เกิดอาชญากรรม การใช้ยาเสพติด การทำร้าย ร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนไม่ได้รับการศึกษาที่ เพียงพอหรืออยู่ในภาวะตกงานมาก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้ เช่นกัน

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษาลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวและรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช จะพบว่ามี ผู้อธิบายลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ตามนิยามที่ศึกษา บางการศึกษาจะอธิบาย

พฤติกรรมที่เกิดว่าเป็นลักษณะก้าวร้าวแต่บาง การศึกษาจะอธิบายพฤติกรรมว่าเป็นพฤติกรรม รุนแรง ดังเช่น

Youdofsky และคณะ³ ได้จำแนก ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ 1) พฤติกรรมก้าวร้าว ทางวาจา (Verbal aggression) ประกอบด้วย การ ส่งเสียงดัง การตะโกนด้วยความโกรธ ว่ากล่าว คูถูกคนอื่น เช่น “โง่” คำสาปแช่งอย่างรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคายด้วยความโกรธ หรือใช้คำ พุดคุกคามข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน เช่น “จะฆ่าคุณ” 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ (Physical aggression against objects) ประกอบด้วย การกระแทกประตุ นึกเสื้อผ้าขาดกระฉาย ทำสกปรก ขว้างปาข้าวของ เศษข้าวของ ขีด เขียนกำแพง ทำสิ่งของให้แตก ทบกระฉก จุด ไฟเผา ปาสิ่งของที่เป็นอันตราย 3) พฤติกรรม ก้าวร้าวต่อตนเอง (Physical aggression against self) ประกอบด้วย การหยิก ช่วยผิวหนัง ทบตีตัว เองดังผม (ที่ไม่หรืออันตรายไม่มาก) ทบตีศีรษะ ตนเอง ใช้หมัดชกหรือตีของให้ได้บาดเจ็บ ทั้งตัว ลงให้กระแทกพื้นหรือสิ่งของ (ให้เกิดการบาด เจ็บแต่ไม่ใช่ลักษณะที่จะเป็นอันตรายร้ายแรง) 4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (Physical aggression against other people) ประกอบด้วย การ แสดงท่าทีคุกคาม กระทบผู้อื่น ดึงทิ้งเสื้อผ้าผู้ อื่น ชกตอย เตะถีบ ผลัก ดึงผมผู้อื่น (ไม่ถึงขั้น เป็นอันตรายร้ายแรง) จู่โจมผู้อื่นจนเป็นเหตุ ให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปาน กลาง (พกขี้ เกล็ดขี้ดขยอก ถลอก) จู่โจมผู้อื่น จนเป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บร้ายแรง (แขนหัก

บาดแผลฉีกขาด บาดเจ็บภายใน)

ส่วนคำว่าพฤติกรรมรุนแรงและได้จำแนกตามอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงที่บันทึกทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 6 ลักษณะดังนี้ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบบรุนแรง สับสน 2) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบบหงุดหงิด 3) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบบอะละอะ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบบคุกคามร่างกายผู้อื่น 5) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบบคุกคามทางวาจา 6) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงแบบทำลายสิ่งของ²⁰

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นว่า พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงนั้น จะพบตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์โดยเกิดอารมณ์หงุดหงิด และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรูปแบบต่างๆทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งของหรือไม่มีเป้าหมายต่อสิ่งใด ทั้งที่รู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ ไม่ว่าจะอธิบายลักษณะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากนิยามใดก็ตาม สำหรับผู้ป่วยจิตเวช จะมีอาการและอาการแสดงมากกว่าหนึ่งพฤติกรรมขึ้นไป ดังนั้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมากกว่าหนึ่งลักษณะ นอกจากนี้แล้วปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีความรุนแรงในระดับใด ต้องพิจารณาถึงน้ำเสียงของคำพูด (tone) ความดังของเสียง (volume) ความถี่ของคำพูดหรือการกระทำ (frequency) ระดับของการจะกระทำจริง (degree of reality) อารมณ์ที่ตอบสนอง (emotional responses) และกลไกที่ใช้ในการเผชิญปัญหา (coping mechanisms) 21 ของผู้ป่วยจิตเวช โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้สังเกตหรือ

อยู่ในเหตุการณ์

สำหรับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วยและต่อบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลพอจะสรุปได้ดังนี้²²

1) สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในแผนการรักษา

2) สภาพแวดล้อมที่ไม่สะดวกสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร

3) สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระภาพในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วยจะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน เช่น ผู้ป่วยอื่นขอบุหรี่หรือหยิบยืมสิ่งของส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด เป็นต้น นอกจากนี้กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลแต่ถูกบังคับให้อยู่โรงพยาบาลเนื่องจากเป็นความต้องการของญาติหรือความคิดเห็นของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมไปถึงสภาพบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยเช่น อากาศถ่ายเทไม่สะดวก อุณหภูมิร้อนเกินไป สภาพพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยไม่กว้างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย

4) สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่

จำนวนบุคลากรภายในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย ขัดจังหวะขณะผู้ป่วยกำลังพูดอยู่ ซักถามผู้ป่วยมากเกินไป ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาที่นัดกับผู้ป่วยแสดงท่าทางขี้ขลาดเกลียดโดยเจตนาหรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากร

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มีผู้เสนอแนวความคิดหลากหลาย ซึ่งในการนำไปใช้นั้นผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน²³ คือ ด้านชีวภาพ ได้แก่ การนวดยา รวมไปถึงการผูกมัดและการใช้ห้องแยก ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย ด้านสังคม ได้แก่ การลดสิ่งกระตุ้นเร้าต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำเป็นต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมามากน้อย ซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้คำพูด การใช้ยา รวมทั้งการใช้การผูกมัดและห้องแยก

วิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช3 ดังนี้

1) การพูดคุยกับผู้ป่วย (talk to patient)

การรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบและสังเกตท่าทางของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ การเอาใจใส่ได้ถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับการรับรู้ขณะนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้โดยบุคลากรควรหลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจหรือคำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วยในสิ่งที่บุคลากรไม่แน่ใจว่าจะกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้และการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาจะถูกลงโทษเนื่องจากการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ ซึ่งการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า บุคลากรควรบอกให้ผู้ป่วยมั่นใจในอีกครั้งว่าบุคลากรต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้และบอกว่าบุคลากรพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอเมื่อผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ การที่บุคลากรจะติดต่อกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรงนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วยและต้องคิดอยู่เสมอว่ามีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดซึ่งบุคลากรควรมีความรู้และทักษะเรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแลและระดับความมั่นใจ โดยการวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น⁶

การพูดคุยควรเป็นลักษณะไม่ข่มขู่เปิดเผย

พูดซ้ำๆ มีความชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบกับมีกริยาท่าทางที่เป็นมิตร ไม่พูดด้วยการใช้สายตาจ้องมองไปที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยทักษะความชำนาญ ดังนั้นบุคลากรจึงควรตระหนักถึงวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการจัดการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของพฤติกรรมได้²⁴

2) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (closer observation)

ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงออกมา บุคลากรควรได้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยนั้นก่อนมีการจัดการ เพื่อประเมินว่ามีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งของหรือไม่ หรือบางครั้งบุคลากรควรพิจารณาว่าจะมีการจัดการด้วยวิธีการใดต่อไป การสังเกตพฤติกรรมใกล้ชิดจะเป็นการประเมินดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการประเมินการจัดการของบุคลากร²¹

3) การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่งๆ (holding patient)

พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย ซึ่งในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยนั้น วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือการทำให้ผู้ป่วยหยุดการเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการใช้วัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย

ไปทำร้ายผู้อื่น บุคลากรควรเข้าไปจัดการอย่างน้อย 2 คน เพื่อความปลอดภัย ที่สำคัญบุคลากรควรพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าคุณเองถูกคุกคาม บางครั้งอาจเกิดการโต้ตอบของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น ขณะมีการจัดการด้วยวิธีการนี้ บุคลากรจึงควรมีความมั่นคง ไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วยหรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วย เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น หรือบางครั้งบุคลากรอาจได้รับอันตรายเนื่องจากถูกผู้ป่วยทำร้ายได้ ดังนั้นการจัดการ ควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและความระมัดระวัง

4) การให้ยาฉีดทันที (immediate medication given by injection)

ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้วยวิธีการอื่นๆ แต่ไม่ได้ผล บุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการที่ดีที่สุดในขณะนี้ สำหรับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรงของพฤติกรรมได้ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Antipsychotic drug เช่น Haloperidol หรือ กลุ่ม Benzodiazepines โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงจะเป็นการให้ยาทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือด เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทานยา ทั้งนี้เพื่อหยุดหรือลดพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การพยาบาลขั้นตอนอื่นต่อไป หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้ว บุคลากรจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นยา

ออกฤทธิ์เร็ว และออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงของยา⁹

5) การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (isolation without seclusion)

บุคลากรอาจใช้วิธีการนี้ในกรณีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น หรือสิ่งของมาก ซึ่งวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดพฤติกรรมลงได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงด้านคำพูดหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยควรได้รับการแยกออกมาจากสถานการณ์ก่อนเพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น อาจพาผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณที่สงบ ที่รู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ปลอดภัย จะช่วยให้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นมีความรุนแรงลดลง ก่อนที่บุคลากรจะให้การจัดการด้วยวิธีการอื่นต่อไป

6) การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (seclusion)

สำหรับการใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้เป็นการปรับพฤติกรรมโดยธรรมชาติให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยบุคลากรต้องคำนึงถึงความจำเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกกล่าวโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้าน

สุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

7) การผูกยึดผู้ป่วย (use of restraints)

เป็นวิธีการสุดท้ายหรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว ซึ่งการผูกยึดที่นิยมมากและปลอดภัยกับผู้ป่วย คือ ผูกข้อมือและข้อเท้า²⁵ ซึ่งการจัดการโดยวิธีการผูกยึดผู้ป่วย บุคลากรควรตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีนี้เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจ ด่าหยาบคาย โกรธ วิตกกังวลได้²⁴ ดังนั้น จึงควรมีการทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย จิตเวชที่แสดงออกมา ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนและประเมินว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวบุคลากร นอกจากนี้ในการผูกยึดผู้ป่วยไม่ควรจัดการโดยลำพัง ปราศจากการช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือขาดบุคลากรอื่นอยู่ใกล้เคียงพอที่จะช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ไม่แสดงท่าทีก้าวร้าวต่อผู้ป่วย พยายามไม่ให้มีคนมามองดูผู้ป่วยมาก ควรมีการช่วยเหลือแบบเป็นทีม (team approach)

นอกจากนั้น วิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สิ่งที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการจัดการของบุคลากร ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกของบุคลากร บุคลากรรู้จักผู้ป่วยมากน้อยขนาดไหน สัมพันธภาพของบุคลากรและผู้ป่วย และลักษณะของพฤติกรรมผู้ป่วยร่วมด้วย²⁶

เอกสารอ้างอิง

1. Thompson D (Editor). The pocket Oxford dictionary of current English. Oxford: Oxford University Press. 1996.
2. Bimenyimana E, Poggenpoel M, Myburgh C, et al. The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution. *Curationis* 2009 ; 32(3): 4-13.
3. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of psychiatry* 1986; 143(1): 35-39.
4. Scott CL, Resnick PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violence Behavior* 2006; 11: 598-611.
5. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advance Nursing* 2000; 31: 452-460.
6. Morrison EF. A comparison of perceptions of aggression and violence by psychiatric nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* 1993; 3(3): 261-268.
7. Morrison EF. The evolution of a concept: Aggression and Violence in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994; 8(4): 245-253.
8. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2005; 72: 161-168.
9. Rickelman BL. Aggressive and violent behavior. In Jhonson B.S. *Adaptation and growth psychiatric mental health nursing* 1997; 23(3): 220-227.
10. Rollant PD, Hungler BP. *Mental health nursing*. St. Louis: Mosby 1995.
11. Bandura A. *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall 1973.
12. Novaco R. The functions and regulation of arousal of anger. *American Journal of Psychiatry* 1976; 133(10): 1124-1127.
13. Varcacolis EM. *Functions of psychiatric mental health nursing* (3rd ed). Philadelphia: Saunders 1998.
14. Dabbs JM, Jurkovic GJ, Frady RL. Salivary testosterone and cortisol among late adolescent male offenders. *Journal of abnormal child psychology* 1991; 19: 469-478.
15. Glazer WM. & Dickson RA. Clozapine reduces violence and persistent aggression in schizophrenia. *Neuropsychobiology* 1998; 59: 8-14.
16. Krakowski MI. & Czobor PC. Clinical symptoms, neurological impairment, and the prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hospital community Psychiatry* 1994; 45: 700-705.

17. Garza-Trevino ES. Neurobiological factors in aggressive behavior. *Hospital community psychiatry* 1994; 45: 690-699.
18. Blue HC. & Griffith EE. Sociocultural and therapeutic perspectives on violence. *Psychiatric clinic of North America* 1995; 18(3): 571-587.
19. Johnson BS. *Adaptation and growth : Psychiatric mental health nursing* (4th ed.) Philadelphia : J.B. Lippincott 1997.
20. Linaker QM, Bush-Iverson H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta psychiatric Scandinavica* 1995; 92(4): 250-254.
21. Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. Violence in schizophrenia: Role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research* 1997; 26: 181- 190.
22. Burrow S. Nurse-aid management of psychiatric emergencies: 3. *British Journal of nursing* 1994; 3(3): 121-125.
23. Harper-Jaques S, Reimer M. Biopsychosocial management of aggression and violence. In Boyd, MA & Nihart MA. *Psychiatric nursing contemporary practice service*. Philadelphia: Lippincott 1998.
24. Dexter G, Wash M. *Psychiatric nursing skills: A patient-centered approach* (2nd ed). London: Chapman & Hall 1995.
25. Lehane M, Ree C. Alternatives to seclusion in psychiatric care. *British of Nursing* 1996; 5: 974-979.
26. Finnema EJ, Dassen T, Halfens R. Aggression in psychiatry: A qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of advance Nursing* 1994; 19: 1088-1095.