

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภทและการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศรีธัญญา
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 การรักษา
 - 1.4 การบริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. แนวคิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 สาเหตุ
 - 2.3 ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
3. แนวคิดจำนวนวันนอน
4. การพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.2 แนวคิดการพยาบาลองค์รวม
5. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.โรคจิตเภท

โรคจิตเภทพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia จึงได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวิญญูญมักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.2 สาเหตุ

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤกษาชาติคุณากร, 2534)

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โดกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536) อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่า เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมี

แนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 การรักษา

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่มีปัญหามากเกินไปไปจากเรื่องยาระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

1.) ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ของยาทำให้สงบ (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300–500 มก./วัน หรือ haloperidol 6–10 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

2.) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดขนาดจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยา chlorpromazine ที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100–300 มก.ต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

4. การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการ ด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น การรักษาจิตสังคม มีดังนี้

1.) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

2.) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3.) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4.) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.4 การบริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่แห่งหนึ่งของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในจังหวัดนนทบุรี มีจำนวน 1,430 เตียง ให้บริการแก่ประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และจิตเวช โดยมียุทธศาสตร์ ดังนี้

1. การปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยอย่างบูรณาการและครบวงจรสู่มาตรฐานที่กำหนดเพื่อคงความเป็นโรงพยาบาลศัลยกรรมขั้นสูง
 - 1.1 พัฒนาคุณภาพระบบบริการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
 - 1.2 พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชสู่เครือข่ายบริการสุขภาพจนถึงระดับศูนย์สุขภาพชุมชน
2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยกร
 - 2.1 พัฒนาปรับปรุงโครงสร้างระบบงาน อัตรากำลัง รวมทั้ง โครงสร้างตามระบบพัฒนาคุณภาพ
 - 2.2 พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลงาน ทั้งในระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน
 - 2.3 พัฒนาระบบบริหารงบประมาณและประเมินผลการใช้งบประมาณ เปรียบเทียบกับผลผลิตและผลลัพธ์จากการทำงาน
 - 2.4 พัฒนาสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย เพื่อควบคุมความเสี่ยงตามมาตรฐานที่กำหนด
3. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ทางการบริหารและระบาดวิทยา
4. การพัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคลากรเพื่อความพร้อมในการวิจัย ผลิต และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางจิตเวช
5. การผลิต พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
6. การสร้างและพัฒนาระบบการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่เครือข่ายบริการสุขภาพจนถึงระดับศูนย์สุขภาพชุมชน

พันธกิจ คือ ศรีธัญญามุ่งมั่น พัฒนาวิชาการ เฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่ชุมชนและบริการศัลยกรรมขั้นสูง

การบริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

โรงพยาบาลศรีธัญญามีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล คือ มีการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท คือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด และผู้ป่วยบำบัดระยะยาว โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ดังนี้

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากร ซึ่งจะช่วยเหลือในด้านอื่นๆที่มีปัญหา นอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ประมาณ 3-8 สัปดาห์ โดยมีการให้บริการดังนี้

1. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีกว่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

3. การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น ซึ่งมีบริการดังนี้

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษา ฟังตั้งเป้าหมายความเป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหามันในแบบอื่นๆที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาไม่ทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเรื้อรัง บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
1. การรับรู้ เวลา สถานที่	ไม่ถูกต้อง	สับสน	ถูกต้องในเรื่อง ใกล้ตัว	+ถูกต้องในเรื่อง ใกล้ตัว
2.การจัดการกับความ คิด อารมณ์ และการ แสดงออกของตนเอง (การควบคุมตนเอง)	*เป็นอันตราย ต่อตนเอง ผู้อื่น และหรือทำลาย ทรัพย์สิน	*มีแนวโน้ม (เสียง) ที่จะ เป็นอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และหรือทำลาย ทรัพย์สิน	เป็นอันตรายต่อ ตนเองในส่วน คุณค่าและการทำ หน้าที่	ไม่เป็นอันตราย แต่ไม่เป็น ประโยชน์ (สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม
3.ศักยภาพส่วนบุคคล				
3.1การดูแลตนเอง เรื่องกิจวัตรประจำวัน	ต้องการทำให้	ดูแลตนเองได้ โดยมีการช่วย เหลือ	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับประคอง สนับสนุนอย่าง ใกล้ชิด (บอก ซ้ำๆ)	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับประคอง สนับสนุน สอนและจัดสิ่ง แวดล้อมเป็น ครั้งคราว

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเร่งรัด บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
3.2การดำรง ตนในฐานะ สมาชิกของ สังคม				
-การเข้าร่วม กิจกรรมการ อยู่ร่วมกัน	X	±	ได้โดยไม่ต้อง รับผิดชอบ	ได้และร่วมรับ ผิดชอบ
-การพูดคุยทัก ทายในกลุ่ม เพื่อน บุคลากร	X	±	ได้แต่ไม่มีการ ริเริ่ม	ได้โดยเริ่มต้น เอง
3.3การมี สัมพันธภาพ เชิงบำบัด				
-ไว้วางใจ	X	/	/	/
พยาบาล				
-ฟัง ได้ตอบ	X	X	+	X
-คิด แสดง				
ความคิด	X	X	+	+
-บอกความ รู้สึกของตน เอง	X	X	(X)+	+

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤติ	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยแรงรัด บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
3.4สมรรถ ภาพทางกาย -พยาธิสภาพ ทางกาย	*อุบัติเหตุ มี ภาวะเสี่ยงที่จะ เป็นอันตรายต่อ ชีวิต (ABC) *มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ	มี ไม่เสี่ยงต่อ ชีวิต	มี ไม่รุนแรง	ไม่มี
-ผลกระทบ จากการรักษา ทางกาย	*มีอันตรายต่อ ชีวิต *มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ	มี ไม่เสี่ยงต่อ ชีวิต	มีเสี่ยงปาน กลางต่อการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน	มี ไม่เสี่ยงต่อ ชีวิต ไม่มีพยาธิ สภาพเกี่ยวกับ Vital Organ

เครื่องหมายที่ใช้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

X หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

* หมายถึง มีพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยในคอลัมน์โดยไม่ต้องดูเกณฑ์
อื่น

± หมายถึง มีการกระทำหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์แต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การพูดคุย ทักทายใน
ผู้ป่วยแรกรับ พบครั้งนี้ผู้ป่วยพูดคุยทักทายดี ต่อไปอาจไม่พูดคุยเลยก็ได้

/ หมายถึง มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

2.แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมาย

ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงไว้ ดังนี้
 จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง คือการแสดงออกของ
 แรงขับก้าวร้าว เพื่อการทำลายซึ่งเป็นพลังกำลังของร่างกายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งของ
 วัลลภา เชยบัวแก้ว (2532) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออกที่หยาบคาย อยู่ไม่นิ่ง
 สับสน เอะอะอาละวาด ทูบทำลายข้าวของ ทำอันตรายตนเองและผู้อื่นรวมถึงการฆ่าผู้อื่น
 สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำเนื่องมาจากความคิด ความรู้
 สึกที่ก้าวร้าว มีผลให้การกระทำดังกล่าวรุนแรงจนก้าวร้าวคนอื่นทั้งทางคำพูดและการกระทำ
 Gunn (1973) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยการทำร้าย เอะอะ
 อาละวาด

McFarland & Thomas (1990) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออก เป็นผลจาก
 อารมณ์โกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น

Rosen & Digiacomo (1978) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรม
 รุนแรง จะแสดงออกโดยการกระต๊อบกระต๋าย อยู่ไม่นิ่ง ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น

สรุป พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การแสดงออกอย่างรุนแรงของแรงขับก้าวร้าว(Aggressive
 drive) เพื่อการทำลายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคล สิ่งของ อันเป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล
 ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด และความอาฆาตแค้น อาจแสดงออกในรูปของการพูดจา หยาบคาย
 ทูบทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายจนถึงฆ่าบุคคลอื่น โดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

2.2 สาเหตุและวงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

2.2.1 สาเหตุการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรงเกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ วาสนา แฉล้มเขตต์
 (2544) ได้แบ่งสาเหตุของความก้าวร้าวรุนแรง เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) เกิดจากด้านชีวภาพ เช่น โครงสร้างของสมองและสารสื่อประสาท
 (Neurotransmitter) ในสมองผิดปกติ เช่น สารซีโรโตนิน (Serotonin) ในสมองต่ำกว่าปกติ เชื่อว่า
 สัมพันธ์กับความก้าวร้าว การพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง สัมพันธ์กับ 5-Hydroxyindole acetic acid
 ในน้ำไขสันหลังต่ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เขวนคอตาย

โรคลมชักชนิด Temporal lobe epilepsy มีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus
 amygdala มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ หรือปัจจัยใด ๆ ก็ตามที่ส่งผลต่อสมอง

และระบบประสาททำให้บุคคลควบคุมตัวเองไม่ได้ เช่น เนื้องอกในสมอง ฝืนสมอง สมองได้ รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและหมดสติเป็นเวลานาน เมื่อฟื้นขึ้นมา มักแสดงพฤติกรรม รุนแรง ด้านกรรมพันธุ์ อาจเกิดจากความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ โดยเฉพาะความผิดปกติของ XYY โครโมโซมในเพศชาย

พิษจากยาและสารเสพติด เช่น พิษจากยาแอมเฟตามีน ผู้ที่ใช้สารนี้ขนาดสูงเป็น เวลานาน อาจเกิดอาการทางจิตเนื่องจากแอมเฟตามีนได้ ผู้ป่วยจะมีอาการพลุ่งพล่านพฤติกรรม รุนแรง ผู้ป่วยในระยะถอนสารจะมีพฤติกรรมรุนแรงและโดยทั่วไปบุคคลที่ดื่มสุราจะเป็นผู้ที่ต่อสู้ กับความเครียดด้วยการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง พิษจากการขาดยาบาร์บิทูเรตผู้ป่วยติดยาและหยุด ยากระทันหัน หรือผู้ป่วยที่รับประทานยาเกินขนาด จะมีอาการกระวนกระวาย พลุ่งพล่าน อาจ แสดงพฤติกรรมรุนแรงได้

ในด้านฮอร์โมน พบว่าผู้ชายจะมีระดับ Testosterone จำนวนมากกว่าระดับปกติ ส่วนในผู้หญิงอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในผู้หญิง คือระดับของ Estrogen และ Progesterone ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ ผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลย์ ของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย หรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุลย์ รวมทั้งพวกที่มีไข้สูงหรือ พิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดง พฤติกรรมรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียด

2) ด้านจิตใจ มีหลายทฤษฎีได้กล่าวถึงพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ ได้แก่ ทฤษฎีของ Lorenz เชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เขาอธิบายว่าการพัฒนาความก้าว ร้าว เป็นการพัฒนาภายในโดยสิ้นเชิง ไม่มีอิทธิพลภายนอก (External influence) มาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะก้าวร้าวจะบรรจุอยู่แล้วบนยีนส์ เมื่อไรที่มีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมก็จะเกิดการต่อต้านขึ้น ส่วนทฤษฎีของแรงขับของซิกมันด์ ฟรอยด์ กล่าวว่าแรงขับความก้าวร้าวเป็น สัตว์ชาตญาณของ ความรู้สึกอยากทำลายหรือกำจัด ซึ่งเป็นแรงขับหนึ่งในสองประเภทของบุคคลที่มีมาแต่กำเนิด

ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและผู้ป่วยจิตเวชเช่น โรคจิตเภทเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่นและอาจมี อาการ Panic อย่างรุนแรงร่วมกับมีภาวะสับสน

ผู้ป่วยหวาดระแวง (Paranoid psychosis) จะมีแบบแผนของความคิดผิดไปจาก ความเป็นจริง จะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีการหลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง ผู้ป่วย ไม่สามารถตรวจสอบความจริงได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเองสำหรับในกรณีนี้ผู้ป่วยมี การหวาดระแวงอย่างเฉียบพลัน มักจะมีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหู ซึ่งไม่เคยเกิดมา ก่อนทำให้ผู้ป่วยสับสนและเกิดความกลัวมาก และประสาทหลอนเหล่านี้มักจะเป็นสิ่งแปลก ประหลาดน่ากลัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองตกอยู่ในอันตราย จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรม รุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากอันตราย

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง (Organic brain syndrome) ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเอง เหมือนผู้ป่วยโรคจิตแบบอื่น ๆ แต่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเพิ่มขึ้นมาคือ การรับรู้สิ่งแวดล้อมในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ผิดพลาด และสูญเสียความจำระยะใกล้ และมีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อย

ผู้ป่วยซึมเศร้า (Depressive psychosis) อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือทำร้ายบุคคลอื่น สถานการณ์พยากรณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมนี้ได้ ถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระดับปานกลางหรือรุนแรง

ผู้ป่วยคลั่ง (Mania) พุดไม่หยุด เคลื่อนไหวตลอดเวลา จะมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรง แล้วแสดงพฤติกรรมรุนแรงตามมา

3) ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สภาพสังคมที่ได้รับการศึกษาน้อยขาดโอกาส ขัดเกลานิธิย การแสดงออกเพื่อความคับข้องใจจะออกมาในทางที่รุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนรู้จากการเลียนแบบพฤติกรรมผู้อื่นจนคิดเป็นลักษณะเฉพาะตัว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) กล่าวถึง การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลว่าเป็นผลมาจากการสังเกต การเอาอย่าง การลอกเลียนและการเสริมแบบจากสื่อต่าง ๆ ทั้งจากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์และวีดีโอเกมส์ ที่สื่อถึงพฤติกรรมรุนแรงรวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต(วาสนา แลล์มเชตร .2544) รวมทั้งสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวและสภาพบุคคล ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยอื่น ญาติ สถานที่ ความเป็นอยู่ที่ผู้ป่วยประสบทุกวัน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ มีความคับข้องใจตลอดเวลาแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่เมื่อมีสิ่งอื่นมากระตุ้นความไม่พึงพอใจ มีความคับข้องใจตลอดเวลาแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาได้ง่าย (Burrow. 1994 ; Finnema et.al. 1994)

2.2.2 วงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ธีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ได้แบ่งวงจรการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้ 5 ระยะ ดังนี้คือ ระยะที่ 1 มีสิ่งที่มากระตุ้น (Triggering event) ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ภายในหรือภายนอกร่างกายก็ได้ มีผลส่งให้เกิดการเสียสมดุลของร่างกาย เช่น การมีภาวะหูแว่วเสียง คำ หวาระแวงกลัวคนทำร้าย

ระยะที่ 2 ระยะที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น (Escalation phase) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น บางคนก็อาจจะควบคุมและจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ ซึ่งในระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวายใจ เคลื่อนไหวมากขึ้น

ระยะที่ 3 ภาวะวิกฤต (Crisis phase) ถ้าไม่มีการช่วยเหลือในระยะที่ 2 หรือช่วยเหลือไม่สำเร็จ ก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามมา มีการแสดงออกทางร่างกายและการกระทำที่รุนแรง จะสูญเสียการควบคุมตัวเอง

ระยะที่ 4 เป็นระยะคืนสู่สภาวะปกติ (Recovery phase) ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลสามารถควบคุมตัวเองได้ ร่างกายเริ่มเข้าสู่การผ่อนคลาย

ระยะที่ 5 ภาวะหลังภาวะวิกฤต (Post – crisis depression phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการสงบลงมาก บางคนอาจนอนหลับ ระยะนี้ควรใช้การพูดคุยเป็นรายบุคคล ค้นหาว่าอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้น ในระยะนี้ถ้าการช่วยเหลือไม่เหมาะสม สามารถกลับสู่ภาวะวิกฤตได้อีก

สรุป พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลและสิ่งของ ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นและพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ สาเหตุเกิดจากด้านชีวภาพเช่น โครงสร้างของสมองและสารสื่อประสาทผิดปกติ ด้านจิตใจเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตและโรคจิตเวชและด้านสังคมเศรษฐกิจเกิดจากขาดโอกาสขัดเกลานิสัยและการเรียนแบบจากสื่อต่าง ๆ

2.3 ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

ได้มีผู้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงได้ดังนี้

Yudofsky et.al, (1986) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (Verbal violent behavior) ประกอบด้วย การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกคนอื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเช่นนี้” คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามขู่จะทำร้าย

2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (Physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้น กำปั้นขก สิ่งของกระแทกตัวเองกับผนังห้องมีรอยฟกช้ำ ที่ลำตัว

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น (Physical violent behavior against other people) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว ชกตอย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวมหรือรุนแรงจนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปัดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ขีดเขียนฝาผนังห้อง ทบกระຈก

วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1) การกระทำรุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การพุดหยาบคาย ดุด่า การแสดงความก้าวร้าวต่อบุคคลหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุ การมีอารมณ์หงุดหงิดมาก กระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ อาละวาด ทำอันตรายต่อบุคคล สัตว์หรือทำลายสิ่งของ เป็นต้น

2) การกระทำรุนแรงที่มุ่งเข้าหาตนเอง เช่น การใช้คำพุดตำหนิตนเอง การทำร้ายตัวเอง เช่นการไม่รับประทานอาหารเช้า การรับประทานยาเกินขนาด กรีดข้อมือตนเอง จนถึงการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

จิตจำนง ผลพุกษา (2540) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมรุนแรงไว้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1) ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ ขาดความอดทน อยู่นิ่งไม่ได้ อารมณ์ลึกลับ มีท่าทางแสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร ไม่พอใจ เจ็บแค้นผิดปกติ ปฏิเสธความจริง มีความกลัว มีความวิตกกังวลสูง

2) ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดอาฆาต ผูกพยาบาท ความคิดไม่ต่อเนื่อง สูญเสียการตัดสินใจ รู้สึกตัวเองซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

3) ด้านพฤติกรรมทั้งคำพุดและการกระทำ ได้แก่ ใช้คำพุดตำหนิตนเถียง วิพากษ์วิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ส่งเสียงดัง ขู่ตะคอก อาละวาด วางอำนาจพุด พุดเร็ว พุดไม่ต่อเนื่อง พุดจนเสียงแหบ คอแห้ง ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของตนเองไม่ดี ไม่สนใจเรื่องของการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางกามารมณ์สูง ทูบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ หาเรื่องวิวาท ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ชกค้อยทุบตี ใช้อารมณ์ทำร้ายผู้อื่น

ธีระ ลีลานั้นทกิจ (2541) ได้บอกถึงอาการและการแสดงออกที่บ่งว่าผู้ป่วยใกล้จะก่อพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1) มีการพุดเสียงดัง พุดเป็นเชิงข่มขู่ และใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย หรือพุดเปรยให้คนอื่นรู้ตัวก่อน จากการแสดงอารมณ์โกรธ และกระวนกระวายทั้งกายและใจ เช่นพุดเร็ว พุดด้วยน้ำเสียงโกรธ

2) มีก้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น เช่น นั่งชอบเก้เอี หรือเอ เมื่อก้มพนักที่วางแขนของเก้เอี หรือใช้มือสองข้างเกาศีรษะไปมาอย่างแรง

3) มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เช่น ออกก้าวเดิน หรือรุ่มง่าน อยู่ไม่สุข

4) มีการปิดประตูคังปั้ง หรือเคาะเครื่องแต่งบ้าน

5) มีการพุดขึ้นมาเองโดยผู้ป่วยด้วยความสงสัยในตัวเอง ในขณะที่ผู้ป่วยต่อสู้ทำร้ายคนอื่นที่ไม่รู้เรื่อง เนื่องจากไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น

6) นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอย่างอื่น ที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง คือความเครียด

- 7) มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจมากขึ้น มีการพกอวูหรือสิ่งของอื่น ๆ ที่อาจใช้เป็นอาวุธได้
- 8) มีลักษณะระแวงเด่นชัดในผู้ป่วยโรคจิต
- 9) มีประสาทหลอนทางหูสั่งให้ทำรุนแรง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมในผู้ป่วยบางราย โดยไม่เกิดกับผู้ป่วยทุกราย
- 10) มีการกระทำรุนแรงเมื่อเร็ว ๆ นี้ รวมทั้งการทำให้ทรัพย์สินเสียหาย
- 11) มีอาการเมาสุรา
- 12) มีโรคทางสมองโดยเฉพาะพรอยโรคที่ Frontal lobe ซึ่งพบได้ทั่วทั้งสมอง
- 13) มีอาการ Mania ที่ชัดเจน
- 14) มีอารมณ์เศร้า ที่มีอาการกระวนกระวายทั้งกายและใจอย่างชัดเจน
- 15) มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ เช่น เดือดดาล พฤติกรรมรุนแรง หรือควบคุมแรงผลักดันไม่ได้

สรุป ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจจะแสดงด้วยสีหน้าท่าทาง คำพูด หรือการกระทำ

2.4 ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้สรุปเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ การเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งได้แก่ โรคจิตเภทเฉียบพลัน (acute schizophrenia) ที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรงร่วมกับสับสน นอกจากนี้ในผู้ป่วยหวากระแวง (paranoid psychosis) ซึ่งอาจจะมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีความคิดหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน ผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเองจากอันตรายนั้นตลอด ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง (organic brain syndrome) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาที่เพิ่มขึ้นคือ สูญเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อม ในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล และ สูญเสียความจำระยะใกล้ และมีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อยๆ ส่วนในผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) ผู้ป่วยประเภทนี้อาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคลมชักมักจะเป็นอันตรายน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนเทมโปรัล โลบ (temporal lobe) นอกจากนี้ในผู้ป่วยซึมเศร้า (depressive psychosis) อาจแสดง พฤติกรรมรุนแรงหรือทำร้ายตนเองซึ่งไม่สามารถทราบได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่ผู้ป่วยที่จะเกิดพฤติกรรมนี้ได้มากถ้าผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง รวมไปถึงผู้ป่วยคลั่ง (mania) จะมีอาการหงุดหงิดพูดไม่หยุดเคลื่อนไหว

ตลอดเวลา โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวและมีอารมณ์รุนแรงแล้ว แสดงพฤติกรรมรุนแรงตามมา รวมไปถึงปัจจัยใดๆก็ตามที่ส่งผลต่อสมองและระบบประสาท ทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น เนื้องอกในสมอง ฟีโนสมอง หรือสมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและหมดสติเป็นเวลานาน หลังจากนั้นมักแสดงพฤติกรรมรุนแรง

นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่ามีความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกายผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกายหรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล รวมทั้งที่มีไข้สูงหรือพิษในร่างกายมีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงอาการรุนแรงได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากความเครียด รวมไปถึงการได้รับพิษจากยา เช่น พิษจากยาแอมเฟตามีน และผู้ป่วยที่ติดยาแล้วหยุดยาทันที (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527)

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง

แนวคิดที่ใช้อธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงไว้หลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดทางจิตวิทยา แนวคิดทางชีวภาพ แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม และแนวคิดทางสิ่งแวดล้อม (Rickelman, 1997)

2.5.1 แนวคิดทางจิตวิทยา (psychological perspective)

แนวคิดนี้ได้มีบุคคลกล่าวไว้หลายคนเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์พฤติกรรมรุนแรงได้แก่ทฤษฎีของลอเรนซ์ (Lorenz, 1966 cited in Lancaster, 1988) เชื่อว่าความรุนแรงเป็นการตอบสนองที่มีมาแต่กำเนิด เป็นสัญชาตญาณของมนุษย์คล้ายกับความหิวความกระหาย ในการพัฒนาของความรุนแรงนั้นเป็นการพัฒนามาจากภายในทั้งหมด ไม่มีอิทธิพลภายนอกมาเกี่ยวข้อง โดยลักษณะรุนแรงจะปรากฏอยู่ในยีนส์ ถ้ามีสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสมจะเกิดการต่อต้านสิ่งนั้นจนเกิดความรุนแรงขึ้นได้

สำหรับความคิดในแนวคิดของฟรอยด์ ได้กล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงไว้ในหนังสือ The goal of life is death ปี ค.ศ. 1920 ได้กล่าวถึง Death instinct ไว้ว่า ในส่วนลึกของจิตได้สำนึก มนุษย์ปรารถนาจะตาย ลักษณะที่เด่นชัดของสัญชาตญาณนี้ คือ แรงกระตุ้นให้ก้าวร้าวและทำลาย บุคคลจะแสดงความก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Freud, 1920 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) ซึ่งผู้ที่มีการพัฒนาทางเพศไม่เหมาะสมจะมีพลังความรุนแรง ดัดค้ำแฝงอยู่ในจิตได้สำนึกและพลังส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีค่อนข้างซับซ้อน นับเป็นพลังที่สำคัญของจิตซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจจึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความคิดปฏิกิริยาพฤติกรรมหลายๆรูปแบบ (Rollant & Deppoliti, 1996)

ส่วนในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) นั้นกล่าวไว้ว่า การเกิดพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลเกิดจากการสังเกต และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็น

สิ่งที่ได้รับภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมรุนแรงแต่ละครั้ง รวมถึงการขัดเกลาทางสังคมและประสบการณ์ในอดีต (Bandura, 1973 cited in Zillmann, 1979)

ในการศึกษาของ Novaco (1976) ชี้ให้เห็นว่า ความรุนแรงนั้นเกิดจากกระบวนการความคิด โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคาม กระบวนการความคิดจากการประเมินนี้นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย นอกจากนี้ Beck (1998) กล่าวถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงว่า อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือสะสมเป็นแบบแผนมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มตั้งแต่บุคคลรู้สึกว่าเขาถูกคุกคาม หรือมีความต้องการในบางสิ่งแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีตัวตนหรืออาจเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิดในผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้นจะเริ่มมีความเครียดความวิตกกังวล ถ้าความรู้สึกนี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดความโกรธ ถ้าได้ระบายออกมาด้วยคำพูดจะทำให้ความเครียดลดลง ความโกรธจะหายไป แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีความรู้สึกต้องการอำนาจ มีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่เพียงพอ ต่อต้าน ปฏิเสธความโกรธ ทำให้ความโกรธไม่ได้รับการระบายออก ยังคงอยู่ภายในจิตใจ บุคคลนั้น และทวีความรุนแรงขึ้นเป็นความอาฆาตแค้น ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อีกผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา

2.5.2 แนวคิดทางชีวภาพ (biological perspective)

จากการศึกษามากมายเกี่ยวกับพื้นฐานทางชีวภาพของพฤติกรรมรุนแรง เช่น ด้านกรรมพันธุ์ อาจเกิดความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ โดยเฉพาะความผิดปกติของ XXY โครโมโซมในเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของเชียวี เทียลการ์ด และ โอเวน (Schiavi, Theilgaard, & Owen, 1984) พบว่ามีโครโมโซมชายชนิดพิเศษ (extra Y chromosome) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ในด้านฮอร์โมนจากการศึกษาของ Dabbs, Jurkovic & Frady, (1991) พบว่าในผู้ชายที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) จำนวนมากกว่าระดับปกติ ส่วนในผู้หญิงอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในผู้หญิงคือระดับของ เอสโตรเจน (estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (progesterone) ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ

ในด้านสารสื่อประสาทนั้น เกิดจากการหลั่ง นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มากกว่าปกติ จากการศึกษานี้ของกลแซอร์ และ ดิกสัน (Glazer & Dickson, 1998) พบว่า ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอัตราการเผาผลาญของโดปามีน (Dopamine) มากกว่าปกติ และการใช้ยา โคลซาปีน (clozapine) สามารถลดระดับของจำนวนโดปามีนลงได้ ส่วน ซีโรโทนิน (serotonin) จะมีจำนวนน้อยลง (Krakowski & Czobor, 1994)

ส่วนด้านสรีรวิทยาของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของสมองจากการกระทบกระเทือน การมีรอยโรค หรือสื่อไฟฟ้าในสมองผิดปกติการเป็นโรคลมชักชนิดเทมโปโรลโลบอพิลิปซี (temporal lobe epilepsy) ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และอมิกดาลา (amygdala) ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

(Garza – Trevino, 1994) นอกจากนี้ เพศเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายซึ่งอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูทำให้บุคลิกภาพ อุปนิสัย ความคิด ความรู้สึกมีความแตกต่างกันออกไป (Glazer & Dickson, 1998)

2.5.3 แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural perspective)

เป็นแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยม ทักษะคติ แบบแผนของพฤติกรรม ที่นำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง โดยในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติซึ่งในการพิจารณาที่มาของพฤติกรรม อารมณ์ กลไกการเกิดพฤติกรรมนั้นย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่ง Blue & Griffith (1995) ได้กล่าวไว้ว่า ในสังคมอเมริกันมีความรุนแรงมากกว่าสังคมอื่น เนื่องจากสังคมดังกล่าวมีความเป็นอิสระเสรีไม่จำกัดชนชาติในการเข้าอยู่อาศัยทำให้มีความหลากหลายในเชื้อชาติ ประเพณี วัฒนธรรม โดยเฉพาะชนชาวอเมริกัน – แอฟริกัน (American- African) จะถูกแบ่งเป็นประชาชนระดับล่างของสังคม การได้รับการปฏิบัติคล้ายทาส (slaves) ถูกกีดกันทางสังคมและสัญชาติ ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ได้รับความกดดันจนแสดงออกด้วยความรุนแรงมาก

ถ้าพิจารณาตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในครอบครัว บุคคลมีการแสดง ความรุนแรงเกิดขึ้นภายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวเหล่านี้จะได้รับประสบการณ์ชีวิตที่มีการใช้ ความรุนแรง ซึ่งความรุนแรงนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวและเมื่อถูกกระทำ ความรุนแรงซ้ำๆทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำ ความรุนแรงต่อบุคคลอื่น โดยเฉพาะเมื่อมีความวิตกกังวล ความคับข้องใจและความขัดแย้งใจ บุคคลจะมีการเผชิญปัญหาด้วยความรุนแรงทั้งทางคำพูดและท่าทาง นอกจากนั้นในการใช้สื่อในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ บุคคลได้รับอิทธิพลของความรุนแรง เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ หรือวิดีโอเกมส์ เป็นต้น ซึ่งสื่อต่างๆเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามทั้งเจตนาและไม่เจตนา ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ (Johnson, 1997)

2.5.4 แนวคิดทางสภาพแวดล้อม (environmental perspective)

ในส่วนของลักษณะสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น Johnson (1997) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ลักษณะที่อยู่ ย เดี่ยวหรือชุมชนที่แออัด การข าดปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย (homeless) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล ้อมที่ส่งผลให้เกิด อาชญากรรม การใช้สารเสพติด การทำร้ายร่างกาย บุคคลที่อยู่ในชุมชนได้รับการศึกษาไม่เพียงพออยู่ในภาวะ ตกงานมาก ปัจจัยต่างๆเหล่านี้สนับสนุนให้เกิดความรุนแรงตามมาได้

ส่วนสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายในหอผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในแผนการรักษา
2. สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาลไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร

3. สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระภาพในสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน เช่น ผู้ป่วยอื่นขอหยิบยืมของใช้ส่วนตัวทำให้รู้สึกอึดอัดเป็นต้น นอกจากนี้กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยากจะอยู่ในโรงพยาบาลแต่ถูกบังคับให้อยู่เนื่องจากเป็นความต้องการของญาติหรือเป็นความคิดเห็นของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4. สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยน้อยลงส่งผลให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจผู้ป่วย จัดจังหวะขณะผู้ป่วยกำลังพูดอยู่ซักถามผู้ป่วยมากเกินไป ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รักษาเวลาตามที่นัดกับผู้ป่วย แสดงท่าทางขี้ขลาด ล้อเลียน หรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย

2.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การช่วยเหลืออยู่ที่ว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากขึ้นเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีแนวคิดดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง วาสนา แจ่มจันทร์ (2544) ได้ให้แนวความคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีมันต์คาแข็งกร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกระเกร็ง เคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง มาตัวตาย เป็นต้น

จินตนา ยูนิพันธุ์(2527)ได้สรุปรายละเอียดและเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง ดังต่อไปนี้
 ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายละเอียดและเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง

เกณฑ์	รายละเอียดของพฤติกรรม
1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น	1. เดินไปเดินมา 2. ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่งๆ 3. หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด
2. คำพูดที่แสดงอันตรายที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งท่าทางที่แสดงออกต่อสิ่งของหรือบุคคลที่จะเป็นอันตราย ไม่ว่าจะเป็ความจริงหรือคิดเอาเองก็ตาม	1. คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลจริงและไม่จริง 2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบปราสาทหลอนทางหูหรือทางตา 3. พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบการหลงผิด
3. ความรู้สึกรุนแรง	1. ท่าทางเครียดมาก 2. การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด 3. อาการรุนแรงอย่างทันที
4. ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง	1. มีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต 2. มีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อมีความวิตกกังวลสูง 3. ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต
5. คัมเกล้าหรือติดยา	1. ในระยะ Intoxication 2. ในระยะอดยา
6. มีอาการ OBS อย่างเฉียบพลัน	1. การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก 2. สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล 3. สูญเสียความจำระยะใกล้ 4. ประสาทหลอนทางหู 5. ประสาทหลอนทางตาโดยไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 6. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ การกระตุกสั่นซึ่งสำคัญเมื่อเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด

(2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นขั้นตอนที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหา นี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ “ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้” “ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตราย เนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา”

“ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ” “ผู้ป่วยควบคุมคลออื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้” เป็นต้น

(3) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลว่า มุ่งเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ปัญหา	เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น	1. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลใด
2. ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตรายเนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา	2. ผู้ป่วยพักผ่อน รับประทานอาหาร น้ำและยาตามปกติ
3. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ	3. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายและไม่มีอาการหูแว่ว
4. ผู้ป่วยควบคุมคลออื่น เนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้	4. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายผู้ใดและสามารถระบายความโกรธได้อย่างเหมาะสม

(4) การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย

(Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์และบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ วัตถุประสงค์ การเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามลำดับความจำเป็นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของความรู้สึกและพฤติกรรมรุนแรงลง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้

ก. การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้การพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออก

มาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรง การติดต่อกับสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่า มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้อำนาจ สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (วาสนา แจ่มจันทร์, 2544) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น

ข. การจัดการด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติกรช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น วิธีการจัดการทางกายภาพได้แก่การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว ติดต่อกัน (Rapid tranquilizer) ทางกล้ามเนื้อ

การนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการให้ห้องแยกนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกรังแกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้

การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้แล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่นจะพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด แต่เลือกใช้ใช้เป็นการสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น (Block, 1976 ; Lehane & Ree, 1996) การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก กระสับส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ แสดงพฤติกรรมทำลายที่รุนแรง คำพูดขบขี้ยังไม่ได้อีกแล้ว และไม่สนองตอบต่อยา (Telintelo et.al, 1983) เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายตนเองผู้อื่น ฆ่าตัวตาย ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธและการควบคุมตัวเองไม่ได้ จากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เพื่อป้องกันผู้ป่วยสร้างความวุ่นวายแก่สิ่งแวดล้อมและก่อกวนแผนการรักษา

ค. จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ ที่หอผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความ

ปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดลอมจึงต้องคำนึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และคอกผู้ป่วยอื่น

ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลอาจใช้ทั้ง 3 วิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างการช่วยเหลือและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำ ในระหว่างให้การช่วยเหลือว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

(5) การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น “ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม” “ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงน้อยลง” “ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย” เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีการจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนอื่น พยาบาลจิตเวชในฐานะเป็นบุคลากรในทีมจิตเวชและมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

3. แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay)

3.1 ความหมาย

จุฬามณี คุณวุฒิ(2542) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

สุวรรณณี มหาเกษมพันธ์(2538) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนผู้ป่วยรอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

Cook (1998) กล่าวว่า จำนวนวันนอน เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

Lusis และคณะ (1993) กล่าวว่า จำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้นเป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ

จิราพร สิมากร (2544) กล่าวว่า จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

สรุป จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay) เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

4. การพยาบาลแบบองค์รวม

4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA, 1933 อ้างถึงใน สมจิตร ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญขององค์รวมเป็น 2 ประเด็น คือ องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง กาย-จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนรวมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก การพยาบาลแบบองค์รวมต้องใช้แนวคิดทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า “การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลบุคคลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสานกาย-จิต-จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่”

4.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2531) กล่าวว่า นักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้องต้องกันว่า พยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งหมดหรือ Holism และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่งแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็น

1. แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม ที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ Nightingale (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) เป็นพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเขียนว่า “สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา” การที่เขียนเช่นนี้ แสดงว่า ไนติงเกิล ได้เห็นถึงพลังอำนาจและปริมาณและคุณภาพ ได้รับแสงแดดและความอบอุ่นพอเหมาะ อยู่ในที่เงียบสงบเพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ Henderson (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลว่า “พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการแบบองค์รวม โดยการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยหรือคนปกติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปกติบุคคลเหล่านี้ จะกระทำได้ด้วยตนเอง ถ้าเขามีกำลัง ความตั้งใจและความรู้ และตลอดเวลาในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือนี้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับพึ่งตนเองโดยเร็วที่สุด เผชิญกับความพิการ หรือโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ ให้ตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีเมื่อถึงเวลา” ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พึ่งตนเอง ได้ใช้พฤติกรรมที่เผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือให้ตายอย่างสงบ

2. Iveson (1981) เป็นพยาบาลอังกฤษอีกผู้หนึ่ง ที่ใช้แนวคิดความต้องการของมนุษย์มาเป็นตัวกำหนดการพยาบาลองค์รวม โดยเชื่อว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาที่พยาบาลต้องตระหนัก เพื่อมองบุคคลให้ครอบคลุมทุกด้านของชีวิต ซึ่งเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเคมี ฟิสิกส์ จิต และสังคม การให้การพยาบาลแบบองค์รวมจะต้องสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านความรัก ความเอาใจใส่ การสัมผัส อาหาร ความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนหลับนอน และการพักผ่อนหย่อนใจ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาไปถึงขีดสูงสุดของชีวิต แม้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วย

3. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์

นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์ มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อยๆ ออกมาศึกษาต่างหาก นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ ให้พยาบาลมองคนทั้งคนในลักษณะของการผสมผสาน

ของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory) ที่มองการปรับตัวของคนต่อสิ่งเร้าผ่านระบบย่อยสองระบบ คือ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรับรู้ (Cognator) และจะแสดงพฤติกรรมออกมา 4 แนวทาง คือ ความต้องการด้านสรีรวิทยา มโนทัศน์แห่งตน (Self concept) บทบาทและหน้าที่ (Role function) และการพึ่งพา รอยพยายามจะมองความเชื่อมโยงในระบบของการควบคุม และการรับรู้เพื่อให้ผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง (Roy, 1987 อ้างใน สมจิตร ปทุมานนท์, 2541)

4. แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ พึงพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หรือบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด
2. ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือ ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่

3. ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษากับผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการ ได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

5. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

แนวคิดที่ใช้ในการสร้างโปรแกรมสร้างจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตน คง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และแนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson (1997) ที่กล่าวถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย คือ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย สภาพความแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ และสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมนุไม คือบทบาทที่คิดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติตามบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับผิดชอบต่อชีวิตในตน

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

3. ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด

4. ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือความต้องการเพื่อการทำหน้าที่

3. ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

การที่บุคคลจะรับรู้ความหมายของตนเอง หรือรับรู้เป้าหมายในชีวิตของตน ได้นั้นขึ้นอยู่กับความมีสติหรือรู้จักตนเอง (self aware needs) และสมาธิ หรือความใส่ใจ จดจ่อ (Attention) กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองได้

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ เน้นการใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุคคลโดยตรง ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา ปรึกษา ประคับประคองร่างกายและจิตใจ สอน หรือจัดสภาพแวดล้อมของผู้ใช้บริการ โดยมี

จุดมุ่งหมายสำคัญที่ผู้ใช้บริการมีชีวิตปกติสุข ซึ่งก็คือการที่ผู้ใช้บริการสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกคน ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการตอบสนองความต้องการของคน และผลลัพธ์ทางการพยาบาลข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการ ระบุว่าตนเองมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

จากแนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson (1997) ที่กล่าวถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วย คือ

1. สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอในแผนการรักษา
2. สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ไม่ได้รับความสะดวกสบายหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากร
3. สภาพความแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพในสิ่งที่ต้องการจะปฏิบัติ การไม่ให้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย จะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน
4. สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรภายในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่นงานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่่น้อยลงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงปัญหาที่เผชิญอยู่

จากแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson (1997) และแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ มาผสมผสานกันเป็นโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม โดยการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับการรักษาที่ตึก อโศก 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยปฏิบัติกิจกรรมที่โรงพยาบาล กิจกรรมละ 40 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม มีการแสดงออก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจะทำให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน โดยพยาบาลพูดคุยแนะนำตนเอง กำหนดข้อตกลง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือ และให้ความไว้วางใจ ยอมรับการเจ็บป่วย

2. การจัดสภาพแวดล้อม โดยพยาบาลจัดสถานที่ภายในหอผู้ป่วย อ โศก 2 ให้สะอาดปราศจากกลิ่นเหม็น เสียงรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก คุุณอาหาร น้ำดื่ม เสื้อผ้า ผ้าห่มให้สะอาด เพียงพอ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่แออัดเกินไป

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิต โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติภายในหอผู้ป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยการที่พยาบาลสอนและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยลำพัง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันภาวะเครียดมากหรือนานเกินไป เพื่อมิให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น เชื่อกันว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะที่ผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic จะลดลงด้วย จึงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานช่วยให้จิตใจสงบ สบาย ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับ Mandle, Jacobs, Arcari, Domar (1996) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา และพยาบาลให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งการพูดคุยแลกเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้ จะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญาทำให้สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัวกับสภาพแวดล้อม และสงบขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

สมจิตร ปทุมานนท์และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกรุงฯ และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระ เป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการบริการพยาบาล 6 เดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริม ของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิผลรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์ (2542) ศึกษาผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระดับต้น ชั้นปีที่ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน พบว่า ภายหลังจากการทดลองการสอนและไม่ได้สอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีผลทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการทดลองของนักศึกษาทั้งที่ได้รับการสอนและไม่ได้รับการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดและการพยาบาลแบบองค์รวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีดังนี้

เจตน์ดามา นาคบุตร (2547) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจ และผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการช่วยเหลือจนระดับความรุนแรงของพฤติกรรมลดลงที่ระดับปกติ และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการได้รับการดูแลขณะถูกจำกัดพฤติกรรม

กชพงษ์ สารการ (2542) ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง จำนวน 149 คน กลุ่มที่สอง เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง จำนวน 45 คน พบว่า ร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง การจัดการสำหรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละลักษณะของบุคลากรแต่ละระดับพบว่า พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องซึ่งเกิดพฤติกรรมและการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลเทคนิคใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยและการให้ยาจิตมากที่สุด ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วยมากที่สุด และสำหรับพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับจำนวนวันนอน มีดังนี้

จิราภรณ์ ศรีไชย(2543) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมนุสภาพคำใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมี

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สุวรรณี มหาภานันท์ (2538) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนที่อยู่ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้จากระบบการพยาบาลของโอเร็มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนที่อยู่ในโรงพยาบาลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ircson (1997) ศึกษาผลของโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยจาก critical pathway ต่อการพยาบาล คือ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ทางการเงินของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มาเปลี่ยนเข้า หรือสะโพกมีจำนวน 128 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 64 คน กลุ่มทดลองให้การดูแลโดยใช้ critical pathway กลุ่มควบคุมดูแลโดยใช้ care plan ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านคุณภาพ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและต้นทุน ระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มที่ใช้ critical pathway มีคะแนนเฉลี่ยในด้านคุณภาพสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan
2. กลุ่มที่ใช้ critical pathway มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan
3. กลุ่มที่ใช้ critical pathway ใช้ต้นทุนน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan

Holtzman และคณะ (1998) ศึกษาผลของการใช้ critical pathway สำหรับการเปลี่ยนไตต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งจะเปรียบเทียบก่อน ระหว่าง และหลังการพัฒนาการใช้ critical pathway กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตแล้ว มีจำนวน 170 คน และกลุ่มที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ มีจำนวน 178 คน และในกลุ่มนี้จะมีการใช้ critical pathway สิ่งที่จะวัดคือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อลดลง หลังจากการใช้ critical pathway

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข(Nursing For Health Life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคลและแนวคิดทางสภาพแวดล้อมของ Johnson (1997)

