บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
    1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
    1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
    1.3 อาการทางคลินิก
    1.4 การดำเนินโรค
    1.5 การรักษาโรคจิตเภท
    1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.1 ความหมายของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายที่เกี่ยวกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.3 สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช
    2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.5 ผู้ป่วยจิตเภทกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.6 การพยาบาลและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
    2.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
3. แนวคิดการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
4. แนวคิดที่ใช้ในการสอนการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มาก พอสรุปได้ดังนี้

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (Boyd, 2005)

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้ แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิด หลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอยและมีพฤติกรรมแปลก ๆ

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรค ที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุของโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว มีอาการผิดปกติอย่างน้อย 2 อาการเป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่าและมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้ พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และมักมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

Boyd (2005) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อาจเกิดจาก ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชานทั่วไป

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อนำประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต นอกจากนั้นยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.2.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนตริเคิล (Ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 20 – 50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.2.1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตตาโบลิซึม (Glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (Ego) และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio–culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐานะต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม

(Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา

1.3 อาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น3 กลุ่มอาการหลัก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) คือ psychotic dimension, disorganized dimension และ negative dimension บางคนจัดรวม psychotic dimension และ disorganized dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension)

1.3.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) และอาการประสาทหลอน (Hallucinasion) อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโทรทัศน์ วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (Delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจมีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) เป็นต้น อาการหลงผิดนี้มีน้ำหนักการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกเป็นไปไม่ได้เลย

1.3.2 อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยในโรคจิตเภทจะเป็นหูแว่ว โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice commenting) อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บางส่วนอาการประสาทหลอนเป็นเพียงเสียงเรียกชื่อ เสียงสัตว์ เสียงเปิด ปิดประตู หรืออาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นขณะเคลิ้มหลับหรือตื่นนั้นไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

1.3.3 Disorganized dimension ได้แก่ Disorganized behavior และ Disorganized speech

1.3.4 Negative dimension เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

1.3.4.1 Alogia พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.3.4.2 Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา

1.3.4.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล

ระยะหลังพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ลง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) โดยเฉพาะ visuospatial working memory การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความผิดปกติของอารมณ์ (Disturbance of emotion) ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกกลัวหวาดหวั่น วิตกกังวล โดยเกิดขึ้นเองไม่มีเหตุผล (Anxiety) มีอาการตื่นตระหนก ตื่นเต้น ตกใจง่าย กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ (Panic) มีความกลัวต่อเหตุการณ์เกินกว่าเหตุ เช่น กลัวที่แคบ กลัวแมว (Phobia) อาการที่ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายผิดปกติ (Euphoria) และมีอาการร่าเริง สนุกสนานผิดปกติ (Elation) หรือมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใดๆ (Apathy) หรือผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ (Inappropriate affect) ผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายกว่าธรรมดา (Irritability) มักพบในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (สมภพ เรืองตระกูล. 2542)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด และการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.4 การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ การดำเนินของโรคของผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodomal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเก็บจดร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบการพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อย ๆ

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไปแยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 – 3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ

ดังนั้นจะพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด และการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

1.5 การรักษาโรคจิตเภท การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546)

1.5.1 การรักษาระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.5.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

1.5.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน

1.5.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1.5.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.5.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

1.5.2 .2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ

1.5.2 .3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง

1.5.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่**ชุมชน** เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้

ดังนั้นจะพบว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค การสอนการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยอาการทุเลา ที่เน้นการบำบัดทางจิตสังคม

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride & Austin , 1996) ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์ , 2542)

1.6.1 เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

1.6.2 คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบรูณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการ้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

1.6.3 การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเวชเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการการพยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติงานแบ่ง 3 ลักษณะคือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องให้การบำบัดตามคำสั่งทางการแพทย์ 2) การปฏิบัติงานกึ่งอิสระคือปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติ งานอย่างอิสระคือ การพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการทักษะและประสบการณ์

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection) และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยนำรูปแบบการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวมาใช้ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องกระทำต่อเนื่องทั้งในขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องถึงขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลแก่ผู้รับบริการ

นอกจากการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแล้ว การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นเราจะนำเอาปัญหาที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเข้ามาร่วมด้วย โดยการให้สมาชิกในกลุ่มมาร่วมพูดคุยกันถึงปัญหาทางด้านอารมณ์ต่างๆ และช่วยกันเสนอแนะวิธีแก้ไขจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ซึ่งสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่มคือ การก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเรียนรู้ถึงสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเข้าใจทั้งในตนเองและเข้าใจผู้อื่นด้วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ชนิดของกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วมี 2 ชนิด คือ กลุ่มแบบปิด ซึ่งหมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งกลุ่มปิด และกลุ่มแบบเปิดซึ่งหมายถึงกลุ่มที่มีสมาชิกบางรายออกไปและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่จนกระทั่งกลุ่มปิด

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มปิด เนื่องจากในกระบวนการกลุ่มโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และเป้าหมายการเรียนรู้ที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะอาศัยกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง จำเป็นต้องใช้เวลา การมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจเป็นการขัดขวางการพัฒนาของกลุ่มได้ (Yalom. 1975; กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

ขนาดของกลุ่ม หรือจำนวนสมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินกลุ่ม ยาลอม (Yalom, 1975; กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ให้ความเห็นว่า กลุ่มบำบัดไม่ควรมีสมาชิกเกิน 10 คน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด interaction กันอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามมีผู้เสนอแนะถึงขนาดของกลุ่มที่ช่วยให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึงว่าควรมีขนาด 2 -15 คน หรือ 4 – 12 คน หรือ 3 – 20 คน (กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษากำหนดให้มีสมาชิกกลุ่ม 8 – 10 คน เนื่องจากขนาดของกลุ่มดังกล่าวเหมาะสมกับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นและร่วมอภิปรายได้อย่างทั่วถึง

ระยะเวลาและความถี่ในการเข้ากลุ่ม Yalom (1975; กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ได้เสนอว่าเวลาที่เหมาะสมในการกลุ่มแต่ละครั้ง คือประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ที่เหมาะสมในการทำงานกลุ่มประมาณ 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งที่เหมาะสม 8 – 10 ครั้ง

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มครั้งละประมาณ 60-90 นาที ความถี่ที่ใช้คือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง

สถานที่ในการทำกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วนิยมจัดในห้องที่มีบรรยากาศเย็นสบาย ไม่ร้อนอบอ้าวและมีความมิดชิด สามารถสร้างความมั่นคงปลอดภัยและความเชื่อมั่นได้มากขึ้น นอกจากนี้ไม่

มีเสียงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด (กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เนื่องจากมีการจัดแบ่งสัดส่วนในการทำกลุ่มให้มีความเหมาะสมอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน

2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความโกรธพฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 ความหมายของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

2.1.1 ความหมายของความโกรธ

Novaco (1994) ความโกรธเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้น ความโกรธจะเกี่ยวข้องกับสรีระวิทยาและความคิด เป็นสภาวะภายในที่มีระดับแตกต่างกันไป ของปฏิกิริยาระหว่าง องค์ประกอบทางสรีระวิทยา อารมณ์ ความคิด การเคลื่อนไหวและคำพูด

Kassinove and Sukhodosky(1995) เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบที่แสดงออกให้ปรากฏ หรืออยู่ภายในที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพร่อง ของการรับรู้ และคิดเฉพาะอย่างเช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม

Spielberger et al., (1999) ให้ความหมายของความโกรธไว้ว่า สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในตัวของบุคคลอันเกิดจากความคิด ที่มีต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น อันทำให้บุคคลแสดงออกต่ออารมณ์โกรธนั้นแตกต่างกันไป ซึ่งการแสดงออกในบางรูปแบบ เช่น การเก็บไว้ภายในหรือแสดงออกภายนอกนั้นจะส่งผลลบต่อบุคคล แต่ถ้ามีการควบคุมจะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้ความโกรธอยู่ในระดับที่เหมาะสม

Hillard and Zitek (2004) ความโกรธมีความหมายใกล้เคียงกับ Affective aggression หมายถึง ผลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มากระตุ้นหรือคุกคาม เป็นรูปแบบการกระทำของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถูกเร้าโดย คำพูด การกระทำที่เป็นการโจมตีหรือคุกคาม จะแสดงพฤติกรรมได้แก่ ขบกรามแน่นจนนูน (Pacing) นั่งบนขอบเก้าอี้จับที่พักแขนไว้แน่นหรือกำมือแน่น ปิดประตูดังโครม กระแทกหรือชกผนังห้อง การเดินกระแทกส้นเท้า

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ (2542) ให้ความหมายความโกรธว่า เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบ ที่แสดงออกให้ปรากฏหรืออยู่ภายในที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพร่องของการรับรู้และความคิดเฉพาะอย่าง เช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม เป็นสภาวะอารมณ์ที่ให้ความรู้สึกแตกต่างกันไปในความรุนแรง มี

ความเข้มของประสบการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธที่เกิดขึ้น แสดงออกมาได้ 3 ทางคือ การแสดงออกภายนอก การเก็บความโกรธภายในและการควบคุมความโกรธ

สิรินภา จาติเสถียร(2547) ให้ความหมายว่าความโกรธ หมายถึง ความรู้สึกของภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เมื่อได้รับการกระตุ้น และถูกคุกคามความปลอดภัย ทำให้เกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย การที่คนแสดงความโกรธอย่างไร ในสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ค่านิยม และ ความเชื่อ แต่ละบุคคลที่เรียนรู้จากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สังคมวัฒนธรรมที่รับมา

สรุปได้ว่า ความโกรธ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่พอใจ ถูกกดดัน ถูกคุกคามให้อยู่ในภาวะอันตราย หรือความรู้สึกที่ถูกรุมเร้าไม่มีทางออก เป็นการแสดงพลังอำนาจเพื่อปกป้องตนเอง และปิดบังซ่อนเร้นความอ่อนแอ

2.1.2 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งด้านคำพูดหรือท่าทางซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ ความระแวงสงสัย ไม่สมหวัง เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม อาจแสดงออกด้วย การคุกคาม มีเจตนาข่มขู่ หรือทำให้หวาดกลัว (Harper-Jaques & Reimer, 2001; Hamolia, 2005) เป็นการปลดปล่อยความโกรธ ความคับข้องใจและสิ่งที่ไม่ดีต่างๆ ในใจออกมา เพื่อปกป้องหรือพิทักษ์สิทธิของตนเอง เป็นรูปแบบของการแสดงออกของอารมณ์โกรธที่พบมาก และบ่อยที่สุด (กรมสุขภาพจิต. 2542)

Barry (2002) พฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง อารมณ์ที่ประกอบด้วยความคับข้องใจและการไม่ชอบใจหรือความรุนแรงของอารมณ์ซึ่งปกติจะเป็นอารมณ์ที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของทุกคน Videbeck (2002) พฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งมีเหตุมาจากแรงขับของความก้าวร้าวหรือความไม่เป็นมิตร ที่อาจกระทำต่อวัตถุ บุคคลอื่นหรือตนเอง

Hamolia (2005) พฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การแสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งทางด้านร่างกายและทางวาจา หรือการแสดงปฏิกิริยาต่างๆเพื่อป้องกันตนเอง ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เป็นการแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมีความหมายแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะใช้คำว่าพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression) ในการศึกษา โดยหมายถึงการกระทำหรือพฤติกรรมการแสดงออกของความก้าวร้าวทางด้านคำพูด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายคนอื่น และทำร้ายตนเอง ซึ่งเกิดจากความโกรธ

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายที่เกี่ยวกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถรวบรวมและแบ่งแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) ที่ทำให้เกิดการแสดงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในขั้นแรกจะต้องพิจารณาถึงสภาพชีววิทยาในร่างกายมนุษย์ ซึ่งพบว่าอัตราความถี่ในการเกิดความโกรธ เกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาด้านสมอง อาจมีสาเหตุจากสมองขาดออกซิเจน ขาดสารอาหาร การได้รับสารพิษ มีก้อนเนื้อในสมอง หรือผลที่เกิดจากการที่สมองได้รับบาดเจ็บ และยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติสมองส่วนหน้าได้รับบาดเจ็บ จะทำให้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการตัดสินใจลดน้อยลง อาจจะทำให้พฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Scarpa & Raine , 1997: Harper-Jaques &Reimer, 2001) นอกจากนั้นการศึกษาโครงสร้างและการทำงานของสมองยังพบว่า มีความสัมพันธ์กับการแสดงความโกรธและการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังต่อไปนี้

2.2.1.1 โครงสร้างสมองและวงจรของอารมณ์ (Neurostructural model and emotional circuit) โครงสร้างของสมองส่วนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงคือ ระบบลิมบิค(Limbic system) และสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (Cerebral cortex at frontal and temporal lobes) ซึ่ง Harper-Jaques & Reimer (2001) ได้อธิบายวงจรการเกิดอารมณ์ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างระบบลิมบิค และกระบวนการเกี่ยวกับความจำ (Neurocognitive process)

2.2.1.2 การรับรู้ความสัมพันธ์ของระบบประสาท (Cognitive neuroassociation model) สามารถอธิบายถึงชีววิทยา และอำนาจชักจูงภายในร่างกายอื่นๆเช่น เมื่อบุคคลได้รับแรงกระตุ้นด้านลบ สิ่งแรกที่ทำให้เส้นประสาทการรับรู้ส่วนปลายทำงานเชื่อมการรับรู้นี้สู่เส้นประสาทไขสันหลัง และเข้าสู่สมองส่วนไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำการสังเคราะห์สิ่งที่ถูกส่งเข้ามาในระบบประสาท คือระบบลิมบิค (Limbic system) เป็นส่วนที่ควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ของบุคคล และเป็นพื้นฐานของการสร้างพฤติกรรมเพื่อการอยู่รอด เช่น การโต้ตอบด้วยการต่อสู้ (Harper-Jaques & Reimer, 2001)

2.2.1.3 สารเคมีในสมองและอาการที่เกิดจากซีโรโตนินต่ำ (Neurochemical model and low serotonin syndrome) สารซีโรโตนินเป็นสารสื่อนำในสมอง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสภาวะทางอารมณ์ที่ซึมเศร้า การนอน การอยากอาหาร ระดับซีโรโตนินต่ำจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และทำให้บุคคลเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น กระวนกระวายก้าวร้าว บุคคลที่มีประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะพบว่า มีระดับซีโรโตนินในร่างกายต่ำ

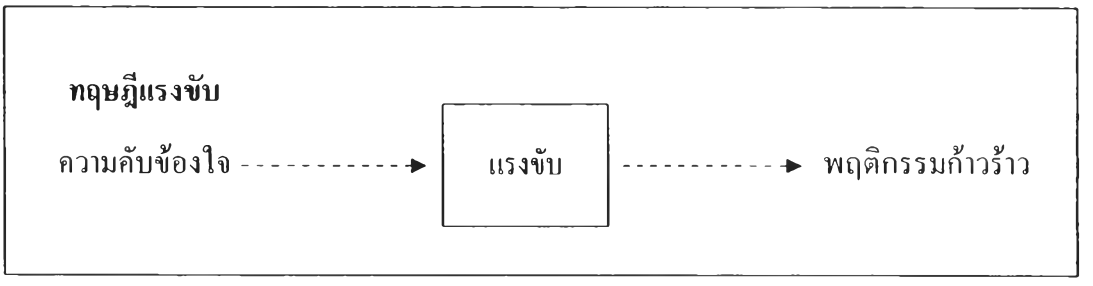
สอดคล้องกับการศึกษาของ Kavoussi et al. (1997; Harper-Jaques & Reimer, 2001) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของมนุษย์พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะมีระดับ 5-Hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ต่ำ ซึ่งสารตัวนี้เป็นตัวเผาผลาญสารซีโรโตนินที่สำคัญ และพบว่าบุคคลติดสุราและมีประวัติระดับ Tryptophan ต่ำในกระแสเลือดจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าบุคคลที่ติดสุราแต่ไม่มีประวัติ Tryptophan ต่ำในกระแสเลือด อาชญากรที่ก่อคดีโดยปราศจากการยั้งคิด จะมีระดับ 5-HIAA ต่ำ

2.2.1.4 ระดับฮอร์โมน พบว่าในผู้ป่วยชายที่แสดงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มักมีฮอร์โมนเทสโทสเตอร์โรน (Testosterone) มากกว่าระดับปกติ ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น ส่วนในเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน คือ ระดับของเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ในวัยก่อนหมดประจำเดือนลดลงต่ำกว่าระดับปกติ ด้านสารสื่อประสาทเกิดจากการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน มากกว่าปกติ (Videbeck, 2001) ผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย หรือระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล รวมทั้งที่มีไข้สูงหรือพิษในร่างกาย มีผลให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแสดงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียด (วาสนา แจ้งล้มเขตร, 2544) ส่วนความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ มีผลทำให้ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย สับสน เพ้อคลั่ง หลงผิด หวาดระแวง อาจทำร้ายผู้อื่นได้

สรุปได้ว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางสมอง ในการผลิตสารสื่อนำประสาทในสมอง และยังพบว่า อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีส่วนสำคัญในการผลิตสารซีโรโตนิน ซึ่งเป็นสารสื่อนำในสมอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) นักจิตวิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงการแสดงความโกรธและการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีทางพฤติกรรมและทฤษฎีทางความคิด

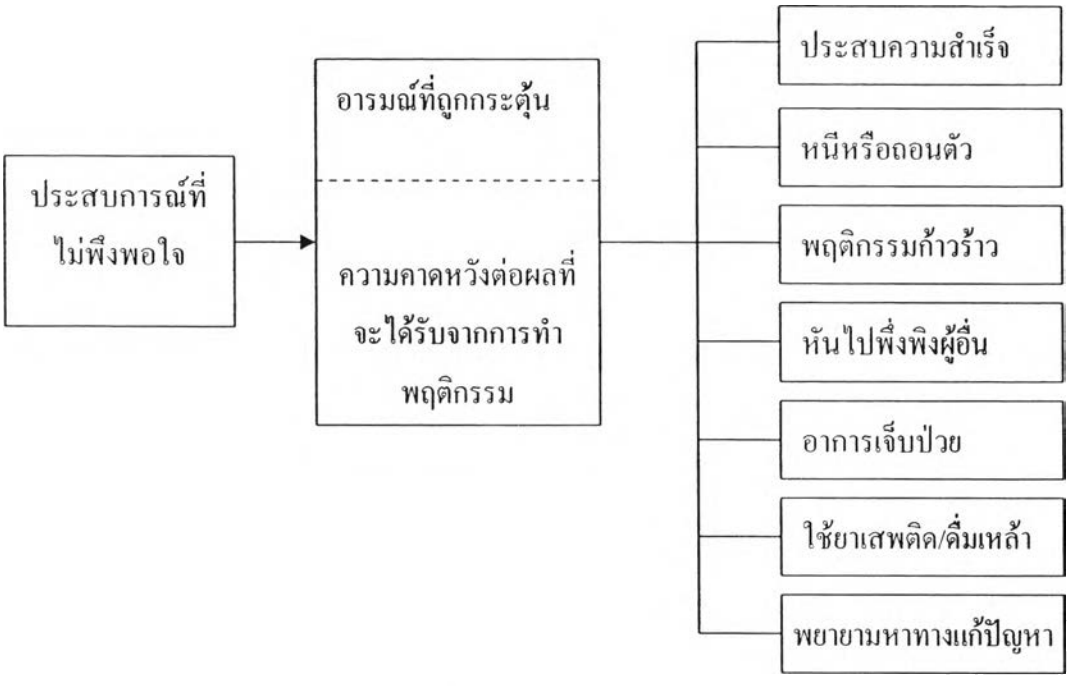
2.2.2.1 ทฤษฎีทางพฤติกรรม จุดมุ่งหมายทางพฤติกรรมศาสตร์ คือ การทำนายและควบคุมพฤติกรรมหนึ่งในทฤษฎีทางพฤติกรรม คือ ทฤษฎีแรงขับ (Drive Theory) เชื่อว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ Jaques & Reimer (2005) กล่าวว่า แรงขับที่สำคัญที่สุด คือ แรงขับทางเพศ และพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งที่สำคัญในแนวคิดนี้ คือความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุมเพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Jaques & Reimer, 2005) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะอาการของความไม่สบายใจลึก ๆ ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีแรงขับ

อาจสรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแรงขับนี้ เป็นแรงขับที่จะผลักดันออกสู่ภายนอกอาจเป็นในรูปแบบของการสร้างสรรค์และทำลายได้

ทฤษฎีทางพฤติกรรมอื่น คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) Albert Bandura (Bandura, 1997: Jaques & Reimer, 2005) กล่าวว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากการสังเกตการเอาอย่าง การลอกเลียนแบบ และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งตอบแทนภายนอก พลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้งเป็นพลังความกดดันให้บุคคลหาทางออกในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสั่งสมจนเป็นนิสัย บางคนใช้วิธีการเผชิญหน้าอย่างมีเหตุผล บางคนใช้วิธีหนีไปพึ่งสุรา ยาเสพติด บางคนต่อสู้ด้วยความก้าวร้าวใช้อำนาจ ใช้วิธีการที่ผิดทำนองคลองธรรม (Bandura, 1973; Harper – Jaques & Reimer, 2005) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1997)

จากทฤษฎีทางด้านพฤติกรรม พอสรุปได้ว่าเมื่อมนุษย์มีความคับข้องใจก็จะแสดงแรงขับที่จะผลักดันออกสู่ภายนอกในรูปแบบของพฤติกรรมก้าวร้าวของการสร้างสรรค์หรือทำลายก็ได้ ส่วนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้งเกิดจากความกดดันให้บุคคลหาทางออกในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสั่งสมจนเป็นนิสัย

2.2.2.2 ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive Theories)

นักทฤษฎีทางด้านความคิดเสนอว่า กระบวนความคิด เช่น การตัดสินใจ ความมีคุณค่าในตนเอง และความคาดหวัง มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความโกรธ ในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกยั่วยุ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์มีความเข้มข้นขึ้น (Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005)

ทฤษฎีทางด้านเหตุผลและอารมณ์ เป็นหนึ่งในทฤษฎีทางด้านความคิดการพิจารณาความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ความสัมพันธ์ทางด้านอารมณ์และร่างกายมีความเกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากชีวิตวัยเด็กขาดความอบอุ่น เก็บกดความต้องการของตนไว้ในจิตใต้สำนึก (Unconcious) ทำอะไรตามใจตัวเองไม่ได้ อ่อนแอ ดูตัวเองไร้ค่า เมื่อเกิดความคับข้องใจ ก็จะสู้หรือถอยหรือระบายออกมา ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ถ้าสะสมไว้และใช้กลไกทางจิตแบบถดถอย (Regression) ก็เป็นสาเหตุของโรคจิตได้ และถ้าใช้กลไก

ทางจิตแบบเก็บกด (Repression) จะทำให้เพิ่มพูนความไม่พอใจ ถ้าระบายออกมากเกินไป ก็จะแสดงความก้าวร้าวออกมา

จากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา พอสรุปได้ว่า ความคิด มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความโกรธ และการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจ ก็จะสู้หรือถอยหรือระบายออกมา ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ถ้าสะสมไว้และใช้กลไกทางจิตแบบถดถอย (Regression) ก็เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตได้

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociocultural Theories)

Harris & Morrison (1995 cited in Jaques & Reimer, 2001) ได้ศึกษาถึงลักษณะการสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับพฤติกรรมรุนแรง พบว่าหากบุคคลมีการสร้างสัมพันธภาพที่ชอบโต้เถียง หรือชอบใช้อำนาจ จะมีโอกาสเสี่ยงในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรงได้ และสัมพันธ์กับประวัติพฤติกรรมรุนแรง การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ระยะเวลาในการอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล และลักษณะการสร้างสัมพันธภาพ รูปแบบของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะแสดงออกด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้

จากทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยาพอสรุปได้ว่า ความนิยม ทัศนคติ แบบแผนของพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว โดยในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ ซึ่งการพิจารณาที่มาของพฤติกรรม อารมณ์ กลไกการเกิดพฤติกรรมนั้น ย่อมมีความแตกต่างกันออกไป

2.3 สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช เกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยหลายประการ อย่างไรก็ตามได้มีผู้บ่งบอกถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในหอผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

2.3.1 สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง

2.3.1.1 สาเหตุจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาทชนิดต่างๆ (Psychoactive substance induced organic mental disorder) สารต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการโรคจิตได้ เช่น ยาบ้า (Amphetamine) ผู้ป่วยในระยะถอนสุราจะมีพฤติกรรมรุนแรงและโดยทั่วไปบุคคลที่ดื่มสุราจะเป็นผู้ที่ต่อสู้กับความเครียดด้วยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

2.3.1.2 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าประชากรทั่ว ๆ ไป (Howells, 1982 cited in Barnes, 1992; Link & Stueve, 1995 cited in Duxbury, 2002) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด และหวาดระแวง ซึ่งจะทำให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ขาดแรงจูงใจในการควบคุมตนเอง มีโอกาสแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ถึงร้อยละ 60.8 โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

2.3.1.3 เพศและเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเพศชายจะแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าและรุนแรงกว่าเพศหญิง และชนชาติผิวขาวจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงสุดร้อยละ 58 ส่วนคนเชื้อชาติเอเชีย/แปซิฟิกเป็นส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มที่มีอายุ 20-30 ปี เพศชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 66.5 มากกว่าเพศหญิงที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 33.5 และพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยเพศหญิงมักแสดงออกคือการใช้คำพูด และยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77 ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะเคยมีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก่อน (Rossi , 1986; Chou et al., 2002)

2.3.2 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับหอผู้ป่วย

2.3.2.1 ด้านบุคลากร จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความต้องการและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ การแสดงความห่างเหินของพยาบาลต่อผู้ป่วย หรือเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าพยาบาลแสดงความไม่เป็นมิตรห่างเหินกับตนเอง (Jones, 1985 cited in Chou et al., 2002) ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย พบว่าพยาบาลจะมีความรู้สึกขัดแย้งกับผู้ป่วย ประเด็นของความขัดแย้งคือการที่รับผู้ป่วยไว้รักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม พยาบาลใช้กฎข้อบังคับผู้ป่วยมาก ไม่ให้อิสระแก่ผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ไม่ให้ผู้ป่วยกลับบ้านและจำกัดพฤติกรรม

2.3.2.2 สาเหตุและปัจจัยที่เกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผู้สนใจศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

1) สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเปลี่ยนแปลงสถานที่และไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ (Katz & Kirkland, 1990 cited in Chou et al., 2002)

2) สภาพแวดล้อมที่ไม่สุขสบาย ได้แก่ หอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยหนาแน่นมากเกินไป อัตรากำลังระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล (Vanderslott ,1998; Chou et al., 2002)

3) สภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ เช่น กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัด อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน

4) สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคลากร ได้แก่ จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการ ทำให้มีเวลาดูแลเอาใจใส่น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (Bridges et al., 1994; Chou et al., 2002; Negley & Manley, 1990 cited in Chou et al., 2002)

สรุป สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชแสดงความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุเริ่มตั้งแต่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง บุคลากรทางการพยาบาล รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

Novaco (1975) กล่าวว่า ความโกรธเป็นเรื่องธรรมดา เป็นการปรับตัวตอบสนองต่อเหตุการณ์ ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนให้มีวิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสม แต่ถ้าไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการควบคุมก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรงขึ้นได้ (Novaco, 1975: ทัศไนย วงศ์สุวรรณ, 2542)

Kassinove, H. & Eckhardt, C.I.(1995). กล่าวว่าความโกรธมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของความโกรธอย่างหนึ่ง ซึ่งขั้นตอนของการเกิดความโกรธมีดังนี้

ขั้นที่ 1 เหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้นถูกรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ในทางลบ เช่น การใช้ถ้อยคำหยาบคาย หรือการเปิดเครื่องเสียงที่ดังมาก ความโกรธนั้นจะเกิดจากการที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์กระตุ้นต่าง ๆ ในทางลบ

ขั้นที่ 2 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ถูกรับรู้ในทางลบ บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งอาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบ บุคคลมักจะแสดงการตอบสนองในรูปแบบของพฤติกรรมที่เคยใช้มาแล้วในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน การตอบสนองจะเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกต ตัวแบบ การได้รับแรงเสริม (Salzinger, 1995; Kassinove & Eckhardt, 1995; ทัศไนย วงศ์สุวรรณ, 2542) ซึ่งการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การตอบสนองในทางบวก ไม่มีความโกรธ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเกิดขึ้นจากการที่บุคคลใช้ทักษะในการตัดสินทางบวกที่เคยใช้มาแล้วในอดีต เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การตกลงเจรจา เป็นต้น

2) การตอบสนองทางลบ จะเป็นการตอบสนองในลักษณะโกรธ เช่น บุคคลที่มีประสบการณ์ความโกรธอย่างเรื้อรังและรุนแรงต่อสถานการณ์ที่เฉพาะ (Situation anger disorder) หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยทั่วไป (General anger disorder) เป็นต้น

Berkowitz (1993) กล่าวว่า ความโกรธเป็นความพร้อมทางสภาวะอารมณ์ที่จะแสดงความก้าวร้าว ความก้าวร้าวเกิดจาก การตอบสนองทางอารมณ์หรือความโกรธ ซึ่งเป็นผลมาจากความคับข้องใจแต่จะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีสิ่งเร้า

จากแนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์โกรธ พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกที่เริ่มต้นด้วยความโกรธที่มีมาก่อน และจะเกิดเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ความโกรธจะรุนแรงเพิ่มขึ้นและจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Harris & Rawlins, 1993)

2.5 ผู้ป่วยจิตเภทกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

2.5.1 ผู้ป่วยจิตเภทกับความโกรธ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการควบคุมความโกรธ และมีการควบคุมความโกรธไม่ดี (Chan, et al.,2003; Jong,2000 and Paivio,1999) จึงมักแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งปรากฏออกมาในทางทำลายทรัพย์สิน ทำลายข้าวของหรือทำร้ายบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตเวชที่รุนแรง และเป็นอันตรายมากที่สุด และการแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ยังมีความโน้มเอียงที่จะมีความโกรธ และถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีแนวโน้ม ที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้นได้อีก (Kay et al.,1992 อ้างถึงใน กัลยา สุวรรณสิงห์, 2548)

2.5.2 ผู้ป่วยจิตเภทกับพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท (อนันต์ อุ่นแก้ว และคณะ, 2543; Paola, Vincenzo & Filippo, 2006) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง พร่องในการควบคุมความขัดแย้ง และมีการแสดงอารมณ์ด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว (Chen, 1997; Schwartz & Park, 1999; Chan & Chou, 2003) ไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยบริบทที่สำคัญได้แก่ ความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนความคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ประสบการณ์ สภาวะทางจิต ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักจะมองตัวเองและบุคคลอื่นแคบ ขาดการแปลความ แปลเจตนาของผู้อื่น พูดถึงตนเองในด้านลบ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหาด้วยความสามารถที่จะระงับอารมณ์ของตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธได้ง่าย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงได้สูง (Novaco, 1994) ถึงแม้จะมีความคิดที่จะลดความโกรธ แต่ด้วยขีดจำกัดในการควบคุมความโกรธ จึงถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีการควบคุมความโกรธที่ไม่ดี (Chan & Chou, 2003) ประกอบกับผู้ป่วยขาดความรู้ และไม่ได้รับการสอน การฝึกทักษะในการควบคุมความโกรธ ในเรื่องการแยกแยะอารมณ์และความรู้สึก การค้นหาสาเหตุและผลของการแสดงความรู้สึก และการรับรู้ปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความโกรธ (Novaco, 1975 อ้างถึงใน สิรินภา จาติเสถียร, 2547) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจได้ง่ายแม้ในเรื่องเล็กน้อยก็มีอารมณ์โกรธได้ง่าย และอารมณ์โกรธมักจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่ง

ปรากฏออกมาในทางทำลายทรัพย์สิน ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายบุคคล ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่รุนแรง และเป็นอันตรายมากที่สุด

โดยสรุปแล้วการแสดงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทมักจะเกิดมากและรุนแรง เนื่องจากขาดการควบคุมตนเอง จากสภาวะของโรคที่ทำให้การควบคุมตนเองลดลง และจากการขาดทักษะพื้นฐานในการจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง และแนวทางในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองที่ถูกต้อง

2.6 การพยาบาลและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนี้

2.6.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมาก ในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนัยน์ตาแข็งกร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น เคลื่อนไหวไปมาไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง เป็นต้น

2.6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอน ที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการพยาบาล ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป เช่น "ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้" "ผู้ป่วยทำร้ายบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้"

2.6.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาลว่าเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ปัญหา	เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น	1. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลใด
2. ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตายเนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา	2. ผู้ป่วยพักผ่อนรับประทานอาหารน้ำและยาตามปกติ
3. ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ	3. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายและไม่มีอาการหูแว่ว
4. ผู้ป่วยทำร้ายบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้	4. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายผู้ใดและสามารถระบายความโกรธได้อย่างเหมาะสม

2.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ในการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์และบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกตการเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอน ตามลำดับความจำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของอารมณ์โกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวลง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้

2.6.4.1 การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเอง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่า มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูด สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปทีละขั้น

2.6.4.2 การจัดการด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น วิธีการจัดการทางกายภาพ ได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล จะต้องใช้วิธีให้ยาชนิดที่ออกฤทธิ์รวดเร็วติดต่อกัน (Rapid tranquilizer) ทางกล้ามเนื้อ การนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา และส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้องแยกนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้ การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Lehane & Ree, 1996)

2.6.4.3 จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ ที่หอผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆจึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น

ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลอาจใช้ทั้ง 3 วิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างการช่วยเหลือและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการการช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำ ในระหว่างให้การช่วยเหลือว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

2.6.5 การประเมินผลการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น

สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น "ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม" "ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยลง" "ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย" เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนอื่น

นอกจากนั้นกรมสุขภาพจิต (2542) ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วย3 มาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1: ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่น ไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
2. ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจและความรู้สึกโกรธออกทางคำพูด
3. ผู้ป่วยสงบไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง และพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

1.1 ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น

1.1.1 การแสดงออกทางสีหน้า สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจแววตาไม่เป็นมิตร

1.1.2 การเคลื่อนไหว และการกระทำ กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ กระแทกหรือกระทำด้วยความ รุนแรงหยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด

1.1.3 การแสดงออกทางคำพู เงียบเฉยผิดปกติ โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน พูดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิติเตียน

1.1.4 การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลัน

1.2 ประวัติจากญาติและบันทึกของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่ อย่างไรและความช่วยเหลือหรือวิธีลดความรุนแรงที่เคยได้รับ

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดย

2.1ขจัดและลดสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุโดยตรงตามที่ประเมินได้

2.2 ตรวจค้นตัวผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็น อาวุธ ได้

2.3แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้ป่วยอื่น โดยให้พักในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

3. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้

3.1 พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจอย่างมีแผน และมีท่าทีที่สงบ

3.2 อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร แล้วเรียกชื่อผู้ป่วย

3.3 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจและให้วิจารณ์ได้แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ

3.4 ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3.5 จำกัดพฤติกรรมโดย อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม ระยะเวลาระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผูกมัดอย่างมีเทคนิคและเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาที พูดคุยถามถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 2: ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างเหมาะสม

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

2. ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาลและพูดถึงความต้องการของตนเองกับพยาบาล

3. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย

1.1 นัดเวลา สถานที่ให้แน่นอน

1.2 กำหนดและบอกวัตถุประสงค์แต่ละครั้งในการสนทนากับผู้ป่วย

1.3ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แผนการรักษาพยาบาลกิจวัตรประจำวัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี

2. ใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง

3. ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกาย และจิตใจแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล

4. ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทางด้านร่างกาย ได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายปกติโดย

4.1 ดูแลให้อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

4.2 จัดสภาพแวดล้อม และดูแลความสะอาดเรียบร้อยบริเวณที่พักของผู้ป่วย

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อ (ในรายที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด หรือยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ให้จัดอาหารไว้ให้ผู้ป่วย)

4.4 ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ดื่มน้ำตามความต้องการของผู้ป่วย)

4.5 ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติ (ในกรณีที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ถามความต้องการและบริการให้ Bed pan หรือพาไปห้องน้ำ)

4.6 ดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต้องดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย)

มาตรฐานที่ 3: ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรม ก้าวร้าว

2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

3. ผู้ป่วยเลือกวิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ยอมรับสภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองโดย

1.1 มีท่าทีสงบ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย

1.2 ใช้เทคนิคการสนทนา กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจ

1.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าความโกรธ ความก้าวร้าวเป็นเรื่องปกติ แต่ต้องมีขอบที่เหมาะสม

T24758188

2. จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่นกีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัดกลุ่ม ชุมชนบำบัด

3. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคม ยอมรับ โดย

3.1 ใช้เทคนิคการสนทนาให้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีระบายความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว และผลที่เกิดขึ้นในอดีต

3.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรม ก้าวร้าว

3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทดลองใช้วิธีระบายความโกรธ ที่เป็นที่ยอมรับของสังคมและให้ตนเองสบายใจขึ้น

สรุป มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว กรมสุขภาพจิต (2536) เป็นแนวทางมาตรฐานกลางที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยเริ่มจากการประเมินระดับความรุนแรง ให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัย

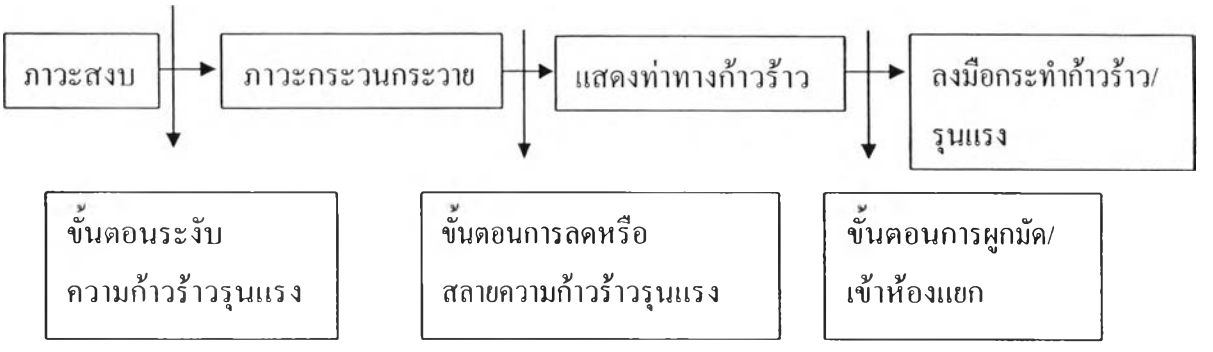
2.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึงที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันหรือรุนแรง และมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือรักษาทันที มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น จนถึงขั้นที่จะเกิดความพิการหรือเสียชีวิตในที่สุด การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉินเป็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยเหลือ ในสถานการณ์ของความฉุกเฉินโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งมีความสำคัญต่อพยาบาลจิตเวชทุกคน เพราะความรู้ ความเข้าใจและการใช้ทักษะที่ถูกต้องในการปฏิบัติช่วยเหลือ จะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ทันท่วงทีและลดการสูญเสียลงได้

พฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลนั้นจะรุนแรงมากน้อย อาจขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ อายุ และเหตุการณ์ในขณะนั้น เช่น ผู้ป่วยบางคนที่กำลังไม่พอใจ โกรธ แต่สามารถควบคุมตัวเองได้ไม่แสดงออกให้เห็นเราจึงไม่ทราบว่าเขาไม่พอใจ แต่ผู้ป่วยบางคนแสดงออกเราก็จะสามารถจัดการได้ชัดเจน เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรทำก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยคือ การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมปัญหาได้มากขึ้น เป็นการป้องกันและเป็นการระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้โดยการประเมินภาวะที่เป็นอยู่ วางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลจะทำให้เข้าใจกระบวนการเกิด

พฤติกรรมดังกล่าว และสามารถให้การพยาบาลได้ตามขั้นตอน โดยการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่วนใหญ่จะพบลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้คือ

จากลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก นำมาจัดการดูแลได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามลำดับความรุนแรงได้ดังนี้คือ



1. **การระงับความก้าวร้าวรุนแรง** เป็นขั้นตอนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอาการสงบ แต่อาจมีอาการแสดงที่บ่งว่ามีความไม่พอใจอะไรบางอย่าง หรือใครบางคนอยู่ การช่วยให้ผู้ป่วยพูดระบายและการตั้งใจรับฟังผู้ป่วยอาจระงับความก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยได้

ขั้นตอนการปฏิบัติ

ประเมิน/สังเกตลักษณะพฤติกรรม ได้แก่ เกร็งกล้ามเนื้อบางส่วน เช่น กำมือแน่น ดิ้วขมวด พูดเสียงดัง เร็วกว่าปกติ หายใจเร็ว หน้าแดง เดินไปมา กระสับกระส่าย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงกระทันหัน เช่น จากเงียบ ผิดปกติเป็นร่าเริงเกินเหตุหรือจากปกติ เป็นซึมลงอย่างทันที

วางแผน ได้แก่ คำนึงถึงความปลอดภัยบุคลากร ผู้ป่วยสถานที่ / แยก**ผู้ป่วยที่ไม่**เกี่ยวข้องออกไปให้อยู่ในบริเวณที่ สงบ พยาบาลควรมีท่าทีที่สงบ ผ่อนคลายก่อนพูดกับผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือ พยาบาลสบตาแต่อย่างจ้องเขม็ง เชื่อมั่นในตนเอง /เป็นมิตร ตั้งใจฟัง ไม่ควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุกคาม เสียหน้า ไม่พูดประชดประชัน หรือตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิด ให้ระบายความรู้สึก

ประเมินผล ได้แก่ ตามข้อตกลงกับผู้ป่วย/สังเกตว่าเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติอย่างที่พูดหรือไม่

2. **การลดหรือสลายความก้าวร้าว** เป็นขั้นตอนเมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์รุนแรงใกล้จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา การลดหรือละลายความก้าวร้าวคือ การใช้คำ**พูด**หว่านล้อม **ผู้ป่วย**เพื่อลดความรุนแรงลง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

ประเมิน/การสังเกตลักษณะอาการ ได้แก่ ท่าทีตื่นเต้น เดินกลับไปมา หน้าเครียด กัดฟัน แน่น ตะโกนด่าว่าเสียงดัง โต้เถียงกับผู้ป่วยด้วยกันหรือญาติ พูดขู่จะทำร้าย

วางแผน ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย/บุคลากร สำรวจว่ามีสิ่งใกล้ผู้ป่วยที่ใช้เป็นอาวุธหรือไม่ สำรวจว่าผู้ป่วยมีการสมคบกับผู้ป่วยอื่นหรือไม่ บุคลากรครบทีมหรือไม่ มีใครเป็นผู้เจรจาหรือสนับสนุน

การดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ การพยาบาลต้องตระหนักว่าผู้ป่วยกำลังโกรธ/ต้องการ ขอบเขตส่วนตัว ไม่เข้าใกล้มากนัก ให้เกียรติผู้ป่วยพูดระบาย/รับฟัง ไม่ควรให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตน กำลังถูกต้อนเข้ามุม หรือทำให้ผู้ป่วยเสียหน้า กันผู้ป่วยอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปจากเหตุการณ์ พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล สุภาพแต่หนักแน่น/สงบ ไม่แสดงท่าทีโกรธตอบ หากไม่ได้ผล ขั้นตอนต่อไปคือการฉีดยาและ Restraint

การติดตาม ได้แก่ ผู้ป่วยสงบ ควรมีการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีความคับข้องใจต่อไป ติดตามผู้ป่วยและส่งเวรเป็นระยะๆ จนกว่าผู้ป่วยจะสงบจริง

3. การควบคุมและการแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก ผู้ป่วยจิตเวชบางคนมีอาการทางจิตรุนแรง มีอาการหวาดระแวง การรับรู้สภาวะปกติน้อยมาก บางคนแทบไม่มีการรับรู้ในโลกของความจริง การเกิดอารมณ์รุนแรง หรือเหตุการณ์รุนแรงอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ไม่ได้ พยาบาลจึงต้องใช้วิธีการในการควบคุมตัวโดยการผูกมัดหรือเข้าห้องแยก

ขั้นตอนปฏิบัติ

การประเมิน/การสังเกตอาการ ได้แก่ ผู้ป่วยอาจทำร้ายกัน/ ทำลายสิ่งของ/ ทำร้ายตนเองหรือทำร้าย เจ้าหน้าที่

การวางแผน ได้แก่ ความปลอดภัยของทีม/บุคลากร ความมีประสบการณ์และการตัดสินใจที่รวดเร็ว ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์

การดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ พยาบาลพูดคุยในตำแหน่งที่ไม่ใกล้ผู้ป่วย ระยะห่าง ประมาณ 1 เมตร พยาบาลและผู้ช่วยเหลือค่อยๆ เดินกระจายออกไปข้าง ๆ พร้อมดูท่าทีของผู้ป่วย ส่งสัญญาณเมื่อทีมพร้อมจึงดำเนินการ/พร้อมบอกความจำเป็น ในการผูกมัดหรือเข้าห้องแยก ตรวจดูบริเวณที่ผู้ป่วยขยอก/เจ็บ/ควรบอกผู้ป่วยและให้ทราบว่า จะเลิกผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสงบลงกว่าเดิม

การติดตาม ได้แก่ ควรบอกเวลาผูกมัด/เมื่อไม่สงบ จึงพิจารณาเลื่อนเวลาผูกมัดต่อ ไม่ปล่อยไว้ตามลำพังให้โอกาสพูดคุยระบาย

หมายเหตุ ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการจำกัดพฤติกรรม กรณีมีการผูกมัดเกินกว่า 30 นาที ควรมีการเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วย ตรวจดูทุก 30 นาที เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้สาย Restraint ทำร้ายตนเอง

และผู้อื่น ขณะผูกมัดควรดูแลความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำดื่ม การขับถ่าย และความสุขสบาย

ข้อหลีกเลี่ยงขณะในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1. การจัดการพยาบาลโดยลำพัง
2. การแสดงท่าทางก้าวร้าวตอบผู้ป่วย
3. คนมุงดูผู้ป่วยมาก
4. การพยายามสัมผัสผู้ป่วย

3. แนวคิดการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

3.1 แนวคิดในการจัดการกับความโกรธของ Novaco

Novaco (1975) มีแนวคิดพื้นฐานว่า ตัวแปรทางความคิดย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล กระบวนการทางความคิดที่สำคัญคือ การจัดองค์ประกอบทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้บุคคลได้เปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นที่ยอมรับ Novaco (1975) ได้ประยุกต์เทคนิคการสอนตนเองของ Meichenbaum (1986) มาใช้ในการจัดการกับอารมณ์โกรธ โดยพัฒนารูปแบบการจัดการอารมณ์โกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Novaco, 1975: ทัศไนย วงศ์สุวรรณ, 2542) คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparing) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิกิริยาทางกาย (Physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธตลอดจนสภาพการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดและผลกระทบของความโกรธนั้น

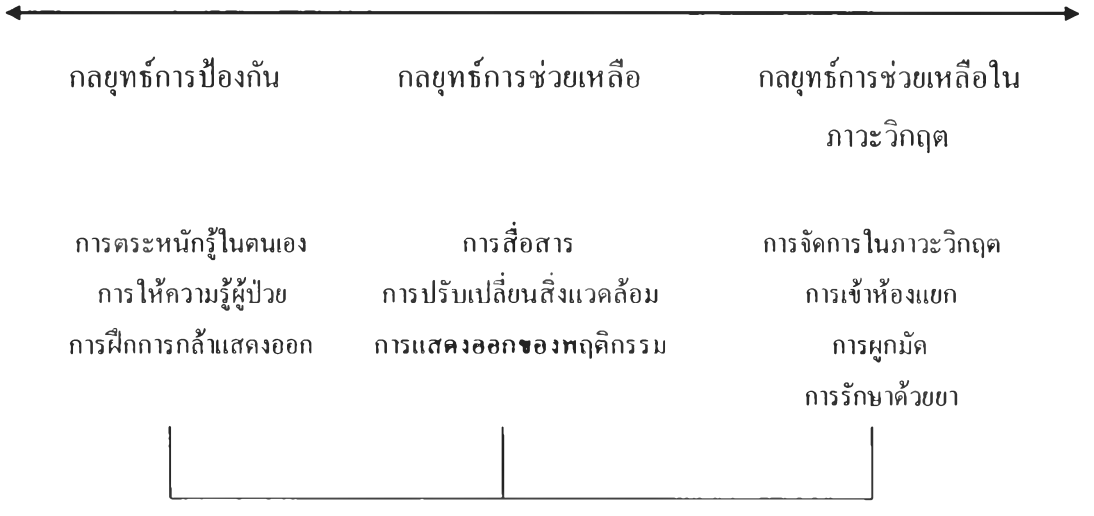
ขั้นที่ 2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) ฝึกให้การเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้นการผ่อนคลาย ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหาโดยเน้นการฝึกสอนตนเอง

ขั้นที่ 3 การนำประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยการใช้จินตนาการ (Imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านจากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริงในระยะสุดท้าย

โดยสรุป แนวทางในการจัดการกับความโกรธตามแนวคิด Novaco (1975) โดยสรุปมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นการฝึกซ้อมทักษะและการนำประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยแสดงออกของความโกรธโดยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและมีวิธีการในการจัดการกับความโกรธในแนวทางที่สังคมยอมรับได้

3.2 แนวทางในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดของ Hamolia

Hamolia (2005)มีแนวคิดพื้นฐาน ที่ว่า การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวมีความเกี่ยวเนื่องกับอารมณ์โกรธและเกี่ยวเนื่องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นแนวทางในการป้องกันผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้แบ่งการช่วยเหลือและป้องกันไว้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 กลยุทธ์การขั้นที่ 2 กลยุทธ์การให้การช่วยเหลือ และการให้ยาขั้นที่ 3 กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงให้เห็นในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงระยะในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Hamolia, 2005)

ขั้นที่ 1 กลยุทธ์การป้องกัน ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล การให้ความรู้ และการฝึกการกล้าแสดงออก มีรายละเอียดดังนี้

1. การตระหนักรู้ในตนเอง (Self- awareness) การตระหนักรู้ในตนเองเป็นวิธีที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับพยาบาลเนื่องจาก **พยาบาลต้องใช้**ตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วย ถ้าพยาบาลเกิดความเครียดในตนเอง เช่น เหนื่อย โกรธ เฉื่อยชา สิ่งเหล่านี้ก็จะถูกถ่ายทอดไปยังผู้ป่วย และจะทำให้การบำบัดไม่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าตัวพยาบาลขจัดปัญหาและความเครียดของตนเองออกไปก่อนให้การบำบัดผู้ป่วย จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ (Hamolia, 2005) การตระหนักรู้ในตนเองและการควบคุมดูแล จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า ความต้องการของตนเอง

2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการสื่อสารและการแสดงออกของอารมณ์โกรธที่เหมาะสม ผู้ป่วยส่วนมากมีความยากในการระบุความรู้สึกของพวกเขา ความต้องการ ความปรารถนา และยาก

ที่สุดในการที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ Pavio (1999; Hamolia, 2005) ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยให้ฝึกการใช้การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกโกรธได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการสอน คือ การสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น การพูดที่ไม่ใช่การร้องขอที่ไม่มีเหตุผล การที่เริ่มบอกกล่าวถึงสิ่งที่รู้สึกไม่พอใจ การชื่นชมการแสดงออกที่เหมาะสม

นอกเหนือจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทีมผู้ดูแลต้องมีการเตรียมการสะท้อนถึงการแสดงออกของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของทักษะที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้ และการให้การบ้านจะประสิทธิภาพในการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสอนทักษะในการจัดการกับอารมณ์โกรธเป็นสิ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือทางการพยาบาล (Thomas, 2001; Chan et al., 2003; Hamolia, 2005) ซึ่งแสดงให้เห็นในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 2 แผนการให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

เนื้อหา	ข้อแนะนำสำหรับดำเนินกิจกรรม	การประเมินผล
1. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ	- มุ่งประเด็นไปยังพฤติกรรมการแสดงออก - แสดงบทบาทสมมติการแสดงออกของอารมณ์โกรธ - ใช้สัญลักษณ์ในการแสดงความรู้สึกแทนคำพูด	- ผู้ป่วยสาธิตการแสดงออกของอารมณ์โกรธ
2. การอนุญาตให้แสดงอารมณ์โกรธ	- การบรรยายสถานการณ์ในสิ่งซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ	- ผู้ป่วยอธิบายสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ
3. การฝึกปฏิบัติการแสดงอารมณ์โกรธ	- แสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่สมมติขึ้นมาซึ่งมีการตอบสนองต่ออารมณ์โกรธที่เหมาะสม	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทสมมติและระบุพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับการแสดงอารมณ์โกรธ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหา	ข้อแนะนำสำหรับดำเนินกิจกรรม	การประเมินผล
4. การประยุกต์การแสดงออกของอารมณ์โกรธ	- ช่วยให้ผู้ป่วยระบุถึงสถานการณ์ที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์โกรธ - แสดงบทบาทสมมติในการเผชิญสิ่งที่ทำให้โกรธ - ชมเชยเมื่อการแสดงออกของอารมณ์โกรธเป็นผลสำเร็จ	- ผู้ป่วยระบุสถานการณ์จริงที่เป็นผลของอารมณ์โกรธ
5. ระบุทางเลือกในการแสดงอารมณ์โกรธเพื่อใช้ในสถานการณ์จริง	- บันทึกรายละเอียดของอารมณ์โกรธในการเผชิญทั้งทางตรงและทางอ้อม - แสดงบทบาทสมมติในพฤติกรรมที่ได้เลือกและร่วมกันอภิปรายผลถึงสถานการณ์ซึ่งได้เป็นทางเลือกของการแสดงออกของพฤติกรรม	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุทางเลือกและวางแผนในการเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม
6. การเผชิญหน้ากับบุคคลที่เป็นแหล่งของการเกิดอารมณ์โกรธ	- จัดเตรียมการสนับสนุนระหว่างการเผชิญหน้ากับบุคคลที่เป็นปัญหาถ้าผู้ป่วยต้องการ - อภิปรายผลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลหลังจากเผชิญหน้ากับเหตุการณ์	- ผู้ป่วยระบุความรู้สึกและเผชิญหน้ากับสิ่งที่ทำให้โกรธอย่างเหมาะสม

3. การฝึกการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (Assertive training)

การสอนทักษะการกล้าแสดงออกเป็นสิ่งที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือทางการพยาบาล สัมพันธภาพที่ขัดแย้งเป็นการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมก้าวร้าวเพราะว่าผู้ป่วยไม่มีอิสระในการแสดงออกของพฤติกรรม พฤติกรรมการกล้าแสดงออกเป็นทักษะพื้นฐานว่าประกอบด้วย 1) การสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น 2) การพูดร้องขอที่มีเป็นเหตุเป็นผล 3) การพูดเมื่อรู้สึกไม่พอใจ4) การพูดเพื่อแสดงความชื่นชมที่เหมาะสม

ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้โดยการฝึกปฏิบัติทักษะในกลุ่มกิจกรรมและการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ โดยผู้ป่วยสามารถที่ดูการฝึกทักษะจากทีมผู้ดูแลสาธิตทักษะเฉพาะและการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงได้ถ้าผู้ป่วยมีการเรียนรู้ใหม่และมีการฝึกทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 2 กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory strategis) ประกอบด้วย

1. การสื่อสาร การพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบด้วยท่าทีผ่อนคลาย ไม่ดุกดามผู้ป่วย การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลของพยาบาลจะช่วยลดพฤติกรรมที่วุ่นวายได้ พยาบาลควรใช้น้ำเสียงที่สื่อความมั่นคงทางจิตใจ ควรเรียกชื่อผู้ป่วยและบอกชื่อตนเองทุกครั้งในขณะให้การพยาบาล และควรบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่ให้การพยาบาล โดยใช้คำพูดสั้น ๆ ง่าย ๆ และไม่ควรละเลยถึงความรู้สึกผู้ป่วย

2. การจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การนอน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การอบน้ำ และกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ซึ่งการจะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ให้สมบูรณ์จะต้องอาศัยบุคลากรของทีมสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอาชีวะบำบัด และนักนันทนาการบำบัด เป็นต้น

3. การยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้การช่วยเหลือทางการพยาบาลรวมถึงการได้ประยุกต์องค์ความรู้ของการจัดการทางด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประสิทธิภาพในการจำกัดบริเวณเป็นหนึ่งในวิธีการพื้นฐานในการให้การช่วยเหลือ การจำกัดบริเวณ ไม่ใช่การลงโทษ แต่เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สงบลงในการจำกัดบริเวณต้องมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งและเคารพในตัวตนของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของพฤติกรรมก้าวร้าว และจะต้องไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย

4. การรักษาด้วยยาการให้การช่วยเหลือด้วยยามีประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว (Allen et al., 2003; Hamolia, 2005) การใช้ยารักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระยะเฉียบพลัน จะใช้ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาทจะทำให้ผู้ป่วยสงบลงชั่วคราว ในช่วงที่ ผู้ป่วยเกิดภาวะก้าวร้าวอย่างเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่เมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นพยาบาลจะให้ยาทางกล้ามเนื้อหรือทางเส้นเลือด เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทานยาทั้งนี้เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้ว บุคลากรจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาที่ให้ผู้ป่วยเป็นยาที่ออกฤทธิ์รวดเร็ว และออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงของยา

ขั้นที่ 3 กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (Containment strategies) ประกอบด้วย กาจัดการในภาวะวิกฤติ การเข้าห้องแยกและการผูกมัด มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดการในภาวะวิกฤต วิธีการเข้าหาผู้ป่วย จำเป็นต้องระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองหรือยับยั้งตนเองในการทำร้ายผู้อื่นได้ ไม่ควรเข้าไปพูดคุยตามลำพังหรือเข้าไปใกล้เกินไป ควรสังเกตว่ามีอะไรที่ผู้ป่วยสามารถหยิบฉวยมาเป็นอาวุธได้ เรื่องการพูดคุยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ การผูกมัดและการเข้าห้องแยก หรือการให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความพร้อมและแข็งแรงที่จะสามารถจัดการกับผู้ป่วยได้ โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ สิ่งที่ผูกยึดไม่ควรรัดแน่นจนเกินไป ให้ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายได้บ้างพอควร

2. การเข้าห้องแยก (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมเป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้น อาจเป็นลักษณะห้องรวมหรือห้องเดี่ยว ในห้องมีอุปกรณ์ตกแต่งน้อยที่สุด เพื่อความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยเอง การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก การใช้ห้องแยกจะเป็นการปรับพฤติกรรมโดยธรรมชาติให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย

3. การผูกยึดผู้ป่วย (Use of restraints) การผูกยึดผู้ป่วยเป็นวิธีการสุดท้าย หรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้ผลแล้ว เช่น การใช้ยาและการพูดคุยกับผู้ป่วย การใช้ผ้าสำหรับผูกยึดเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย มักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเอง คือมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อคนอื่น ตนเอง และสิ่งของ อยู่นิ่งไม่ได้ การผูกยึดผู้ป่วยอาจต้องใช้บุคลากรถึง 4-5 คนในการเข้าหาผู้ป่วยพร้อมๆกัน จับผู้ป่วยพร้อมกัน แขนขา 4 ด้าน และอีกคนผูกยึดตัวผู้ป่วย โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ สิ่งที่ผูกยึดไม่ควรรัดแน่นจนเกินไปให้ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายได้บ้างพอควร (**วไลวรรณ กชศิลา**, 2545)

โดยสรุปแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวคิดของ Hamolia แบ่งการช่วยเหลือและป้องกันไว้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 กลยุทธ์การป้องกัน ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว และการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม ขั้นที่ 2 กลยุทธ์การให้การช่วยเหลือ ประกอบด้วย การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การแสดงออกของพฤติกรรมและการให้ยา ขั้นที่ 3 กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย การจัดการในภาวะวิกฤตการให้อยู่ในห้องแยก และการผูกมัด โดยสิ่งสำคัญที่สุดที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยคือ การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำ กลยุทธ์ในการป้องกันมาใช้ ประกอบด้วยการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกับพฤติกรรมก้าวร้าว สาเหตุ สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดตลอดจน ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว การสอนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการเตือน หรือตัวบ่งชี้ทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม

4. แนวคิดที่ใช้ในการสอนการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

ทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้ (Walsh & Bernhard, 1998; Townsend, 2003) ทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้ อธิบายได้ 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีพุทธิปัญญา (Cognitive Theory) และทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theory) ซึ่งแต่ละทฤษฎีสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

4.1 ทฤษฎีพุทธิปัญญา (Cognitive Theory) ทฤษฎีพุทธิปัญญา เชื่อว่า "ความคิดที่ผิดปกติหรือบิดเบือนไปจากความจริง (Cognitive error) หรือมีแบบแผนความคิดในทางลบ (Negative Thought) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต" ซึ่งยาทางจิตเวช จะช่วยลดหรือควบคุมอาการทางจิต และพัฒนาการทำหน้าที่ทางพุทธิปัญญา (Cognitive Function) ให้ดีขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ดีขึ้น (Boyd, 2002)

เทคนิคของทฤษฎีพุทธิปัญญา

1) การใช้ตัวแบบทางสังคม (Social Model) Bandura มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเราเกิดการสังเกตจากตัวแบบ ตัวแบบที่กล่าวถึงมี 2 ลักษณะคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) โดยตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับสมาชิกกลุ่ม เช่น เพศ วัย จะเป็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพ (Boyd, 2002)

2) การสอนงาน (Coaching) เป็นวิธีการพัฒนาบุคคล ช่วยให้ผู้ถูกสอนเกิดการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ โดยผู้สอนมีหน้าที่ดังนี้ ร่วมกำหนดเป้าหมายในการสอน ช่วยดำเนินการให้งานดำเนินไปตามเป้าหมาย ให้ข้อมูลย้อนกลับ ช่วยชี้แนะให้ผู้ถูกสอนเห็นข้อบกพร่องในการฝึกที่เขามองไม่เห็น ช่วยให้ผู้ถูกสอนเข้าใจสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อการฝึกปฏิบัติ ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้ผู้ถูกสอนนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง

วิธีการและสื่ออุปกรณ์ในการสอน (Teaching Method and Teaching Materials) วิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนชอบมากที่สุด และระดับการพัฒนาการเรียนรู้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ต้องได้รับการประเมินก่อนการสอน เพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมมากที่สุด Pestonjee (2000) ประกอบด้วย

1) วิธีการสอน (Teaching Methods) เช่น การสอนรายบุคคล การอภิปรายกลุ่มเล็กและกลุ่มประดับประคอง การบรรยาย การสาธิต บทบาทสมมติ เกมส์ โปรแกรมการสอน

2) สื่อการสอน (Teaching Meterials) เช่นหนังสือเล่มเล็ก ๆ โปสเตอร์ วิดีโอ หรือโทรทัศน์วงจรปิด คอมพิวเตอร์ช่วยสอน เทปเสียง สไลด์หรือแผ่นภาพใส กระดานดำ แบบหุ่นจำลอง หรือสิ่งที่เป็นตัวอย่าง

4.2 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theory)

เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดด้วยทฤษฎีพฤติกรรมนิยมคือช่วยให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การบำบัดตามแนวคิดพฤติกรรมนิยม จึงต้องมีการระบุเป้าหมายที่เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ชัดเจน สังเกตได้ นับได้และประเมินได้ (Wright & Beck, 1994; Kaplan & Sadock, 1998; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

การเรียนรู้ในความหมายของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมบุคคลต้องแสดงออกในพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงความต้องการการกระตุ้น (Need Arousal) การฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ (Repeated Practice) และการเสริมแรง (Reinforcement) (Bower & Hilgard, 1997; Townsend, 2003) ผู้สอนเป็นผู้ควบคุมประสบการณ์การเรียนรู้ และผู้เรียนปฏิบัติตามผู้สอน ผู้สอนเป็นผู้กำหนดความต้องการ และผู้เรียนเป็นผู้ที่พยายามสร้างผลงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สอน เรียนรู้โดย การกระทำ (Doing) ประสบการณ์ (Experience) การทดลอง (Trail) และข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Error) (Skinner, 1968; Townsend, 2003) ผู้เรียนที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สอนได้ถูกต้อง หรือใกล้เคียงก็จะได้รางวัลจากผู้สอน

เทคนิคของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เทคนิคของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่นำมาใช้ในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท (Wright & Beck, 1994; Kaplan & Sadock, 1998; Townsand, 2003) คือ เทคนิคหลากหลาย (Miscellaneous Techniques) โดยเทคนิคที่นำมาใช้ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการฝึกพฤติกรรมที่กล้าแสดงออก และเทคนิคการสังเกตและควบคุมตนเอง

1) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) เป็นวิธีการวางเงื่อนไขต่อต้าน (Counter Conditioning) ที่นำมาใช้แก้ไขความกลัวและความวิตกกังวล หลักการคือ การตัดความสัมพันธภาพระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นตัวเร้าให้เกิดความวิตกกังวลออกจากกัน เทคนิควิธีการที่นำมาใช้คือให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย โดยการควบคุมการหายใจ (Respiratory Control) เทคนิคการผ่อนคลายช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบสบายขึ้น และมีแนวทางในการมองหาลู่ทางในการแก้ปัญหาในเป็นอย่างดี

2) เทคนิคการฝึกพฤติกรรมที่กล้าแสดงออก (Assertive Training) แนวคิดพื้นฐานในการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสมนั้นคือ คนทุกคนมีสิทธิ์พื้นฐานความเป็นมนุษย์

เท่าเทียมกัน และตนเองมีสิทธิ์ที่จะกล่าวถึงสิ่งที่ที่ตนคิดหรือรู้สึกได้ หรือมีสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนจิตใจตนเอง สิทธิ์ที่จะกล่าวปฏิเสธ หรือสิทธิ์ในการผิดพลาด

3) เทคนิคการสังเกตและควบคุมตนเอง (Self monitoring) การสังเกตและควบคุมตนเอง จะต้องกระทำด้วยตนเอง และบันทึกเป็นระยะ ๆ การควบคุมตน คือ กระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการหนึ่งวิธีการใด หรือ หลายวิธีรวมกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยที่บุคคลนั้นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และกระบวนการที่นำไปสู่เป้าหมายนั้นด้วยตนเอง การควบคุมตนเอง เป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ กลยุทธ์และผลลัพธ์การจัดการกับความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวมีดังนี้

งานวิจัยต่างประเทศ

Taylor et al., (2002) ได้นำโปรแกรมการควบคุมความโกรธโดยใช้ กระบวนการจัดความคิด-พฤติกรรม มาใช้กับผู้ป่วยที่มีความด้อยทางปัญญา โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 9 คน ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 10 คน มีโปรแกรมการทำการรักษาเป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล 18 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hui-Ya Chan (2003) ศึกษาการควบคุมการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน ในรูปแบบการทำกลุ่มตามโปรแกรม จำนวน 10 ครั้ง ใช้แบบประเมินการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) และแบบประเมินการแสดงออกของอารมณ์โกรธของ Novaco (1985) แนวทางการบำบัด ในกลุ่มควบคุมอารมณ์โกรธใช้แนวคิดการจัดการกับอารมณ์โกรธของ Novaco (1985)วัด 4 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังทำกลุ่มในครั้งที่ 5 หลังสิ้นสุดกลุ่มครั้งที่ 10 และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการควบคุมความโกรธ สามารถลดการแสดงออกความโกรธ และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Burns, Bird & Leach (2003) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีคดีและได้รับการวินิจฉัยเป็นบุคลิกภาพต่อต้านสังคม และกลุ่มอาการอารมณ์แปรปรวน จำนวน 80 คน เพื่อประเมินผลของโครงสร้างโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์โกรธ ใช้แนวคิดในการควบคุมอารมณ์โกรธของ Novaco (1975) ประยุกต์เนื้อหาโดยใช้องค์ความรู้ที่มี

วัตถุประสงค์ในการเฝ้าระวังทางด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการประยุกต์ในการฝึกทักษะ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบวัดความโกรธของ Novaco (1975) แบบสำรวจความโกรธ แบบสภาวะ-ลักษณะและการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว MOAS (Kay et al., 1998) ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการควบคุมความโกรธเพิ่มมากขึ้น และกระบวนการกลุ่มเอื้อในการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสม การแสดงความโกรธลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

งานวิจัยในประเทศ

น้ำจิต กุลอ่อน (2551) ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงจำนวน 20 คน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 19 คน สามารถจัดการกับความโกรธของตนเองได้เหมาะสม ยกเว้นผู้ป่วย 1 คน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดในระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังการบำบัด

สุธัญญา ทุทน (2551) ศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีประวัติและการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 20 คน โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าวมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีประวัติและการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 23 คน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้ ของ Townsend (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการกับอารมณ์โกรธของ Novaco (1975) และประยุกต์แผนการสอนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Hamolia (2005) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 100.00 ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

สิวลี เปาโรหิตย์(2550) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีประวัติและการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 23 คนโดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่

เข้าร่วมโครงการทุกคนไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ยกเว้นผู้ป่วย 1 คนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

กัลยา สุวรรณสิงห์ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธ ต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง มีประวัติมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขณะอยู่มี่บ้านและในชุมชน จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้ใช้แนวทางในการศึกษาจากงานวิจัยของ Chan และคณะ (2003) โดยศึกษาการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่มีประวัติมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 20 คน ผลจากการศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมอารมณ์โกรธมีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของการควบคุมอารมณ์โกรธ ส่วนการแสดงความโกรธภายใน และการแสดงความโกรธภายนอก พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น จะเห็นได้ว่าความโกรธเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งการสอนการจัดการกับความโกรธจะช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิด และได้เรียนรู้พัฒนา การแก้ไขปัญหาการแสดงความโกรธของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความโกรธเพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

6. โปรแกรมการจัดการกับความโกรธละพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการควบคุม และการจัดการกับความโกรธ ขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับความโกรธ ส่งผลให้แสดงความโกรธออกมาทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าว การจัดการกับความโกรธซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง จะช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ดังนั้นจึงควรมีวิธีการสอนหรือการฝึกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้ มีพฤติกรรมการแสดงออกของอารมณ์โกรธที่เหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โดยนำแนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) มาเป็นขั้นตอนในโปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนในการควบคุมความโกรธ 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมความคิด 2) การ

ฝึกซ้อมทักษะ และ3) การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ร่วมกับนำแนวคิดการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) มาใช้เป็นกิจกรรมดำเนินการในแต่ละขั้นตอน โดยนำการศึกษาของ หทัยรัตน์ ดิษฐอ้ึง (2550) และสุธัญญา ทุทน (2551) ที่ใช้แนวคิดการจัดการกับอารมณ์โกรธของ Novaco (1975) และกลยุทธการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดของ Hamolia (2005) มาประยุกต์ใช้ ในการกำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการศึกษา และการประเมินผล เพื่อสอนให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการแสดงออกของอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม (Assertiveness) โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า การจัดการกับความโกรธมีผลต่อการควบคุมความโกรธ และระดับของความโกรธ มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จึงควรป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการสอนและฝึกทักษะในการจัดการกับความโกรธ เพื่อลดปัญหาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มทักษะการในไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ ผู้ศึกษาจึงปรับกิจกรรมเพิ่มกิจกรรมจาก 5 กิจกรรม เป็น 6 กิจกรรม โดยโปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความคิด การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิกิริยาทางกาย (Physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม (Behavior) โดยการให้ผู้ป่วยรู้จักความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว สัญญาณเตือนในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และผลกระทบในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาสาเหตุและลักษณะการแสดงออกของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม การจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม ซักถามพูดคุยถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 2 การตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนหรือตัวบ่งชี้ทางกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้นำกลุ่มทบทวนเนื้อหาที่ได้เรียนจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาในเรื่อง สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว และลักษณะพฤติกรรม และชี้ให้เห็นว่าเป็นพฤติกรรมที่ทำความเดือดร้อนเสียหายให้กับตนเอง ครอบครัว และสังคม จึงมีความจำเป็นในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยอธิบายเชื่อมโยงถึงการรับรู้สัญญาณเตือนปฏิกิริยาทางกายหรือตัวชี้บ่งทางกายและให้สมาชิกจดจำสัญญาณเตือน หรือตัวชี้บ่งทางกายเพื่อจะได้หาทางป้องกันหรือยับยั้งก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในขั้นนี้ฝึกให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น โดยการฝึกการนับในใจ การหายใจเข้าออก การขอออกนอกสถานการณ์การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการแสดงบทบาทสมมติประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการควบคุมความโกรธและการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นการฝึกการหายใจ การนับในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์ ผู้นำกลุ่มทบทวนเนื้อหาที่ได้เรียนจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ในเรื่องสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้สัญญาณก่อนในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อภิปรายถึงวิธีการป้องกันและผ่อนคลายที่ใช้บ่อยและผลในการใช้

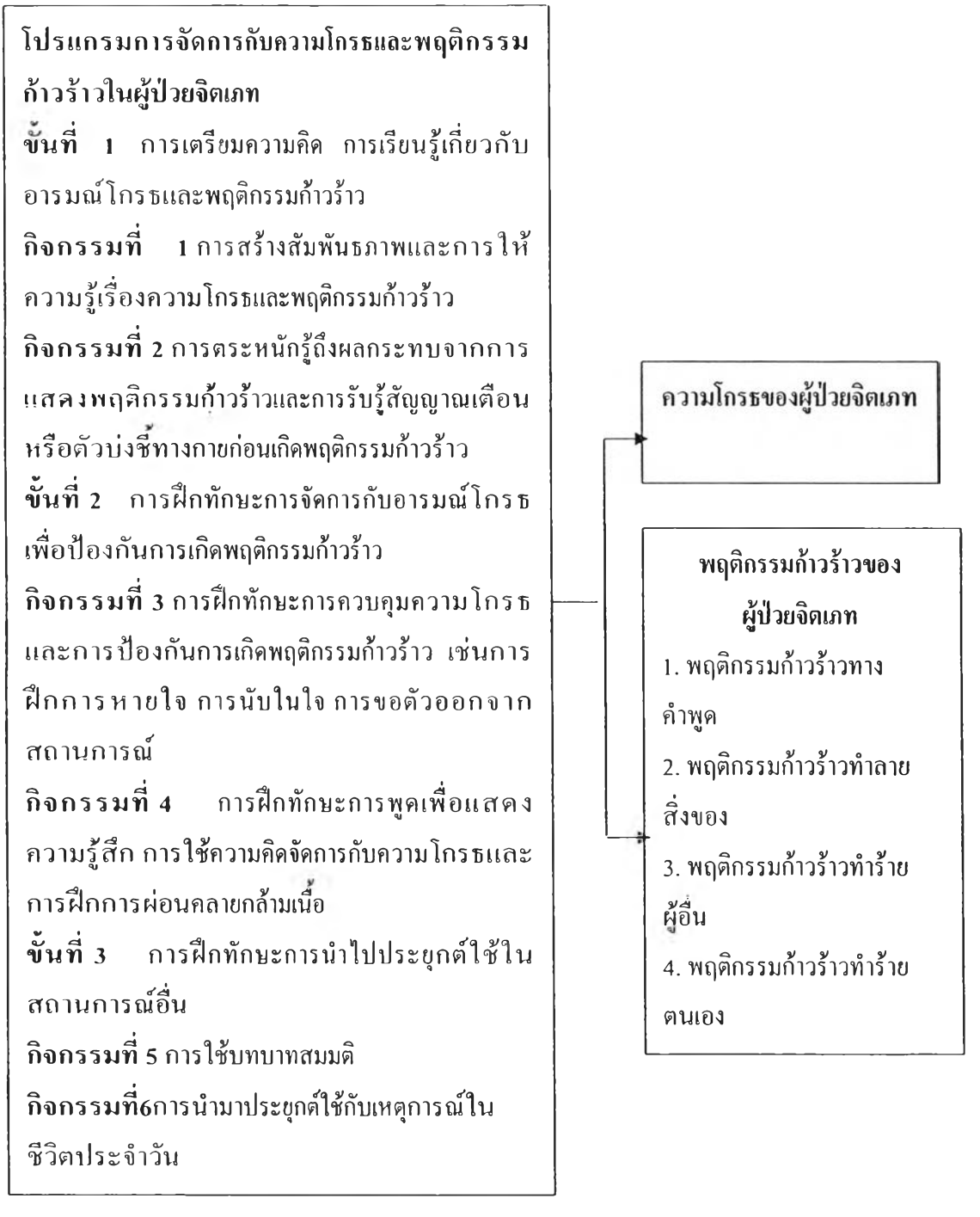
กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การใช้ความคิดจัดการกับความโกรธและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้นำกลุ่มเสนอวิธีการที่ใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การใช้ความคิดจัดการกับความโกรธและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มอธิบายถึงวิธีการที่จะแสดงความโกรธ โดยการพูดแสดงความรู้สึกออกมาอย่างมีเหตุผล การรู้จักแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกตามสิทธิ์และความพึงพอใจของตนเอง โดยต้องไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนเสียหาย เจ็บปวดทั้งกายและใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นับเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสุขสบายใจ ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ขั้นที่ 3 ขั้นนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์อื่น ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะของพวกเขาในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองโดยการแสดงบทบาทสมมติ โดยให้ผู้ป่วยนำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยและค่อยทำต่อในฉากสถานการณ์ที่ยากขึ้น ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติ ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างสถานการณ์ โดยใช้วีดีทัศน์และให้สมาชิกสมมติว่าหากเป็นตนเองจะใช้ทักษะในการจัดการกับความโกรธอะไรบ้าง มีวิธีการปฏิบัติอย่างไร ผู้นำกลุ่มสรุปทักษะที่ใช้ในการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 6 การนำมาประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันโดยการแสดงบทบาทสมมติ โดยให้สมาชิกเล่าเรื่องสถานการณ์เกี่ยวกับการแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองที่เกิดขึ้นจริงทีละคน จำนวน 4-5 เรื่อง (ตามความเหมาะสม) เลือกเรื่องที่สมาชิก

กลุ่มสนใจ และให้สมาชิกเจ้าของเรื่องเลือกตัวแสดง กำหนดบทบาทและร่วมกันแสดงบทบาทในเรื่องที่เลือก โดยนำวิธีการจัดการกับความโกรธตามที่ได้เรียนรู้มาในกิจกรรมข้างต้นมาประยุกต์ใช้ พยาบาลให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะช่วยฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดเป็นการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวแล้ว ผู้ศึกษาของเสนอกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา