ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางสาวเวนิช บุราชรินทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Miss Wenich Buracharin

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางสาวเวนิช บุราชรินทร์
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

……ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

……... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

……กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

เวนิช บุราชรินทร์: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY)
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 123 หน้า.

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 130 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง 3) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกฉบับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร และค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 24.6 (32 คน จาก 130 คน)

2. ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($C = .250$, $p < 0.01$) อายุและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r_{pb} = -.294$ และ $r_{pb} = -.326$ ตามลำดับ, $p < 0.01$) และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r_{pb} = .376$, $p < 0.01$)

3. เพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา 2554 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

5277821236: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING.
KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY/VIOLENT BEHAVIOR/ SELECTED FACTORS

WENICH BURACHARIN: SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY.
ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 123 pp.

The purposes of this descriptive correlational research were: 1) to examine the prevalence of violent behavior of schizophrenic patients in community and 2) to study the relationships between selected factors including age, gender, history of violent behavior, substance abuse, medication adherence behavior, positive symptoms and negative symptoms with violent behavior. A total sample of 130 schizophrenic patients in community, who met the inclusion criteria, was drawn from out – patient departments of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry and Galya Rajanangarindra Institute. Research instruments consist of five questionnaires namely: 1) demographic data sheet, 2) The Violent Behavior Scale, 3) The Thai Version of the Positive Syndrome Scale, 4) The Thai Version of the Negative Syndrome Scale, and 5) The Medication Adherence Behavior Scale. All instruments were validated for content validity by 5 experts and tested for reliability. Statistic techniques utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Contingency Coeffcient and Point Biserial Correlation. Findings were summarized as follows:

1. Prevalence rate of violent behavior among schizophrenic in community was 24.6% (32 subjects out of 130 subjects).

2. History of violent behavior was significantly related to violent behavior of schizophrenic patients in community ($C = .250$, $p < 0.01$); age and medication adherence behavior were negatively related to violent behavior of schizophrenic patients in community ($r_{pb} = -.294$ and $r_{pb} = -.326$ respectively, $p < 0.01$); positive symptoms was positively related to violent behavior of schizophrenic patients in community ($r_{pb} = .376$, $p < 0.01$).

3. Gender, substance abuse and negative symptoms were not significantly related to violent behavior of schizophrenic patients in community.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature .....
Academic Year : 2011 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ให้ข้อคิดและประสบการณ์อันมีคุณค่าที่มิอาจหาได้ในห้องเรียน เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัย เกิดความมุ่งมั่นในการเรียนและการทำงาน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นที่สุด ศิษย์กราบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทุกๆ ท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งขอบขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกๆ ท่าน ที่เห็นความสำคัญ สละเวลาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบพระคุณ ศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่สนับสนุนมอบทุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมศรี คุณแม่นารอน ครอบครัวบุราชรินทร์ และนายดุศิต จันทร์รง ที่เป็นกำลังใจอันมั่นคงสนับสนุนและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทุกท่าน ที่ร่วมศึกษาด้วยกันมา ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้แบ่งปันกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาจนกระทั่งวันที่จบการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย……	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง……	ฌ
สารบัญภาพ……...	ญ
บทที่	
1. บทนำ……	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา……..	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย…….	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย……..	6
ขอบเขตการวิจัย……...	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย……...	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ……..	13
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……..	14
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท……	15
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน……..	23
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง……..	27
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน……	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……...	45
กรอบแนวคิดการวิจัย……...	50
3. วิธีดำเนินการวิจัย……...	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง……..	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……..	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ……...	57
การเก็บรวบรวบข้อมูล……	60
การวิเคราะห์ข้อมูล……...	62

บทที่ หน้า

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล…… 63
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ…….. 74
สรุปผลการวิจัย…… 76
อภิปรายผลการวิจัย…….. 78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้…….. 84
รายการอ้างอิง…… 87
ภาคผนวก…….. 98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ……... 99
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย……... 101
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย…… 105
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…… 107
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ……... 113
เอกสารขอรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน…….. 118
ภาคผนวก ง ตารางสถิติ…….. 120
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์…… 123

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาล…….	52
2	แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…….....	58
3	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้……...	59
4	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส……..	64
5	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามการศึกษาและอาชีพ……....	65
6	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามประวัติเคยมีพฤติกกรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด……..	66
7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระดับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง…….....	67
8	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว…….	68
9	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอาการทางบวกและอาการทางลบ……..	69
10	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา……..	70
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบหาค่า t ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ การใช้สารเสพติด และประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง…….	71
12	ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร ระหว่าง เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงและการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน……...	72
13	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่าง อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และ อาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน…….	73

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ภาพที่ 1 แสดงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีแรงขับ……	29
2	ภาพที่ 2 แสดงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม Bandura (1997)……	30

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ คือ พบได้ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม (Fox & Kane, 1996) และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงถึงร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Boyd, 2005) ถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากในประเทศไทยเช่นกัน ซึ่งมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, 2552) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2550-2552 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 51.54, 49.78 และ 48.37 ตามลำดับ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการทั้งหมดตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2552) ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2550-2552 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการเป็นอันดับที่ 1 เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 43.23, 43.99 และ 45.15 ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นผู้ที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความเบื่อและท้อแท้ที่จะรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา เช่น ขาดยา หรือหยุดยาเอง ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ โดยแสดงออกมาในรูปของอาการผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544) โดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) เช่น หูแว่ว พูดคนเดียว ขี้สงสัย หวาดระแวง หรือมีความรู้สึกว่าตนถูกควบคุม จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งอาการทางจิตที่กำเริบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walsh, Buchann & Fahy (2002) ซึ่งพบว่าอาการทางจิตที่กำเริบเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

เนื่องจากพบว่าอาการทางจิตที่กำเริบเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบอัตรากำเริบสูงถึงร้อยละ 27.3 (Millier et al., 2011) ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงอันเป็นผลเนื่องมาจากอาการทางจิตกำเริบได้สูง เป็นเหตุให้พฤติกรรมรุนแรงกลายเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Swanson et al., 2006; Walsh et al., 2004) โดย

พบอัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป 2 ถึง 10 เท่า (Wessely, 1997) และเมื่อพิจารณาอัตราความชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งแม้จะพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศเม็กซิโก ของ Fresan et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงสูงถึงร้อยละ 60 ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Swanson et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 19.1 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนว่าอัตราความชุกของการเกิดปัญหานี้มีแนวโน้มของขนาดปัญหาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (Swanson et al., 2006; Walsh et al., 2004; Fresan et al., 2005; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990) สำหรับในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการรายงานถึงอัตราความชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีเพียงการศึกษาของ นภดล สำอาง (2552) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตรากำเริบสูงถึงร้อยละ 16.4 จึงคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมาได้เช่นเดียวกัน

Yudofsky et al. (1986) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นการแสดงออกในลักษณะหนึ่งของพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้นิยามว่า พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง และ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ทั้งนี้ Yudofsky et al. (1986 cited in Fresan et al., 2005) ยังกล่าวว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปถึงระดับรุนแรง ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกในลักษณะที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และ สิ่งของ สอดคล้องกับ Oxford English Dictionary online (1989 cited in Sharma, 2007) ซึ่งให้นิยามว่า “พฤติกรรมรุนแรง” (Violence behavior) หมายถึง การที่บุคคลมีการใช้กำลังเพื่อให้เกิดอันตรายต่อคนอื่น หรือ การทำลายข้าวของ รวมทั้งการกระทำหรือการใช้วิธีการต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือ ทำให้บุคคลขาดอิสรภาพ

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจเกิดได้จากปัจจัยหลายประการทั้งจากปัจจัยที่เกิดภายในตัวบุคคล และปัจจัยที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล หรืออาจเริ่มมาจากปัจจัยที่มีมาแต่กำเนิด ได้แก่ สัญชาตญาณ โครงสร้างของร่างกาย องค์ประกอบด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านพัฒนาการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (กชพงศ์ สารการ, 2542) ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแต่พบว่าในประเทศไทยไม่มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ และพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวนมาก โดยสามารถจำแนกปัจจัยดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic factors) ได้แก่ 1) อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 20-40 ปี จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เพราะบุคคลซึ่งมีอายุน้อยจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า จึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงมากกว่า (Krakowski & Czobor, 2004; Swanson et al., 2006) 2) เพศ โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่แสดงออกด้านพละกำลัง โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียด หรือความไม่สบายใจ ในขณะที่เพศหญิงจะแสดงออกทางด้านคำพูด หรืออารมณ์ แต่ไม่มีความรุนแรงเท่ากับเพศชาย (Krakowski & Czobor, 2004; Sharma, 2007) 3) อาชีพ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพหรือไม่มีงานทำหรืออยู่ในภาวะตกงานนานๆนั้น ทำให้ไม่มีรายได้ที่เพียงพอ ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเพิ่มมากขึ้นได้ (Erkiran et al., 2006) และอีกปัจจัย คือ 4) การไม่มีที่อยู่อาศัย จากการศึกษาของ Buckley et al. (2004) พบว่าการไม่มีที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยซึ่งไม่มีที่อยู่อาศัยจะมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยซึ่งมีที่อยู่อาศัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้สึกไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย รวมทั้งการต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย และนำไปสู่เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมาได้

ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่ 1) ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง มักจะมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Walsh et al., 2004) หรือมักจะมีความตึงเครียดทางอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป (Hughes, Riba & Glick, 1997) ตลอดจนบุคคลอาจได้รับประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่มีการใช้พฤติกรรมรุนแรง และเรียนรู้การกระทำพฤติกรรมรุนแรงนั้น เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความไม่สบายใจอีกครั้งก็จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกปลอดภัย (Johnson, 1997) 2) การใช้สารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด (Erkiran et al., 2006; Swartz et al., 1998) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม จะมีอาการ

กำเริบบ่อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองด้วยยารักษาโรคจิตมากกว่า ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้น้อย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา (Brenan et al., 2000; Green et al., 2007) 3) พฤติกรรมการใช้ยารักษาตามเกณฑ์การรักษา โดยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้น้อยทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว (Swartz et al., 1998) และ 4) ปัจจัยด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยพบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Buckley et al., 2004) เนื่องจากระยะเวลาของการป่วยที่ยาวนานจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย จนอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในทางลบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจนถึงระดับที่เป็นอันตรายได้ (Kim, Jayathilake & Meltzer, 2003)

ปัจจัยด้านอาการ (Clinical Symptoms) ได้แก่ 1) อาการทางบวก โดยผลการศึกษาในหลายๆเรื่องพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรง (Abushualeh et al., 2006; Arango et al., 1999; Buckley et al., 2004; Fresan et al., 2005; Krakowski et al., 1999) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางบวก คือ ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และ อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น การมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น จากการได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าคนอื่น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่หวาดระแวง (paranoid psychosis) จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่น และมีความหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน (McNiel et al., 2000) ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการมีปฏิกิริยาต่อต้านการรับรู้ถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น (Benjaminsen et al., 1996) เป็นต้น และ 2) อาการทางลบ โดยพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในระดับที่เป็นอันตราย (Swanson et al., 2006) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และ อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ

(Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการทางลบชนิดที่ 2 ในระดับมากจนเกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรือ เกิดภาวะหมดกำลังใจและสิ้นหวัง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจนถึงระดับที่เป็นอันตรายได้ (Appelbaum, Robbins, & Monahan, 2000)

การเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่ว่าจะมีสาเหตุจากสภาพจิตใจหรือจากสิ่งแวดล้อมล้วนก่อให้เกิดผลกระทบตามมา คือ ตัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 19.5 (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) อีกทั้งมีผลต่อผู้อื่น ญาติ หรือคนในชุมชน ทำให้ได้รับบาดเจ็บ และเกิดความหวาดกลัวอันตรายจากความเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยทำร้าย อีกทั้งเป็นอันตรายต่อทรัพย์สินโดยทำให้เกิดความเสียหาย เช่น เตียงนอน เก้าอี้ ภาชนะใส่อาหาร กระจกหน้าต่าง ประตู เป็นต้น นอกจากนี้การแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงยังทำให้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอีกด้วย (Chemtop et al., 1997) ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับ ไม่เป็นอันตรายต่อตัวเอง ครอบครัว สังคม และลดการสูญเสียทรัพย์สินสิ่งของ (กัลยา ภักดีมงคล และ เพชรี คันธสายบัว, 2548)

สำหรับในประเทศไทยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพบว่าแม้จะมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2549; วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, 2550; อรวรรณ ศิลปกิจ และ สุคนธ์ ชมชื่น, 2553) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (นพดล วานิชฤดี, ชลพร กองคำ และ กาญจนา สุทธิเนียม, 2548) และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (กัลยา ภักดีมงคล และ เพชรี คันธสายบัว, 2548) แล้ว แต่ยังไม่มีผู้ศึกษาถึงอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาเพื่อหาคำตอบว่าสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับปัญหานี้ โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทของ Yudofsky et al. (1986) และ คัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อีกทั้งเป็นปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชได้ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งให้บริการผู้ป่วยจิตเวช วัยผู้ใหญ่ทั่วประเทศอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจากทั่วประเทศ จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากและเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทของ Yudofsky et al. (1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ถึงระดับรุนแรง และ ใช้การทบทวนวรรณกรรมเพื่อเลือกปัจจัยคัดสรรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic factors) ได้แก่ อายุ และ เพศ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการ

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 3) ปัจจัยด้านอาการ (Clinical Symptoms) ได้แก่ อาการทางบวก และอาการทางลบ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Krakowski & Czobor, 2004; Swanson et al., 2006) โดยผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 40 ปี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า ทำให้มีการแสดงพละกำลัง ตามที่ตนเองต้องการ ในขณะที่พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากผู้สูงอายุมักเป็นเพียงการด่าทอด้วยคำพูด หรือการข่มขู่เท่านั้น จึงไม่จัดว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Krakowski & Czobor, 2004; Sharma, 2007) เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่แสดงออกด้านพละกำลัง โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียดหรือความไม่สบายใจ (Hiday et al., 1998) ในขณะที่เพศหญิงจะแสดงออกทางด้านคำพูด หรืออารมณ์ แต่ไม่มีความรุนแรงเท่ากับเพศชาย (Maccoby & Jacklin, 1974) สาเหตุอาจจะเป็นเพราะอิทธิพลทางสังคมที่ได้มีการกำหนดบทบาทสนับสนุนการใช้กำลังรุนแรงในเพศชาย หรืออีกสมมติฐานหนึ่ง คือ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยเพศชายมักจะใช้ความรุนแรงทางกายในการแสดงออกถึงความเป็นศัตรูต่อผู้อื่น ซึ่งมีระดับความรุนแรงที่มากกว่า ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่มักแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นทางอ้อม และมีการใช้วาจาที่รุนแรง ตัวอย่าง เช่น การทำตัวหมางเมินไม่ยอมให้เข้าใกล้ การใส่ร้ายหรือทำร้ายอีกฝ่ายให้เสียชื่อเสียง เป็นต้น (Binder & McNiel, 1990; Lam, McNiel & Binder, 2000) ดังนั้นจึงสรุปว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาพบว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Walsh et al., 2004) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง มักมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น และมีประวัติลักษณะพฤติกรรมรุนแรง เช่น การวางเพลิง การทารุณสัตว์เลี้ยงในบ้าน การกระทำทารุณทางกายหรือเพศ มีพฤติกรรมรุนแรงในวัยเด็ก เป็นต้น หรือคนซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะก้าวร้าวรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป (Hughes, Riba, & Glick, 1997) ตลอดจน

บุคคลอาจได้รับประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่มีการใช้พฤติกรรมรุนแรง และเรียนรู้การกระทำพฤติกรรมรุนแรงนั้น เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความไม่สบายใจอีกครั้งก็จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกปลอดภัย (Johnson, 1997) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การใช้สารเสพติด จากผลการศึกษา พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด (Swartz et al., 1998; Erkiran et al., 2006) เนื่องจากสารเสพติดต่างๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Brenan et al., 2000; Green, Drake, Brunette & Noordsy, 2007) โดยผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติด ได้แก่ 1) สุรา สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ มักเป็นผลมาจากขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะในช่วงต้นๆ ของการเมาสุรา ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่เสียไป (Coker et al., 2000; Eronen et al., 1996; Tardiff et al., 1997) 2) สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท ได้แก่ โคเคน และแอมเฟตามีน ในช่วงต้นๆ ของการเมาจะมีอารมณ์ครึกครื้น อารมณ์ดีตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย กระวนกระวายทั้งกายและใจ อาการขี้สงสัย จากนั้นจะเปลี่ยนไปเป็นอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง และสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Cuffel et al., 1994; Giannini et al., 1993; McCormick & Smith, 1995) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Swartz et al., 1998) โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง คือ การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา การลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้น้อยทำให้กิดพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว (Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อาการทางบวก โดยผลการศึกษาในหลายๆเรื่องพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Abushualeh et al., 2006; Arango et al.,

1999; Buckley et al., 2004; Fresan et al., 2005; Krakowski et al., 1999) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางบวก คือ ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และ อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น การมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น จากการได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าคนอื่น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่หวาดระแวง (paranoid psychosis) จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่น และมีความหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน (McNiel et al., 2000) ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการมีปฏิกิริยาต่อต้านการรับรู้ถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น (Benjaminsen et al., 1996) เป็นต้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อาการทางลบ โดยผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Swanson et al., 2006) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และ อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการทางลบชนิดที่ 2 ในระดับมากจนเกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรือ เกิดภาวะหมดกำลังใจและสิ้นหวัง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจนถึงระดับที่เป็นอันตรายได้ (Appelbaum et al., 2000) อีกทั้งอาการทางลบมักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก (Lindenmayer & Khan, 2006) และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก โดยอาจจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมแบบ passive-aggressive ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ (Appelbaum, Robbins & Monahan, 2000) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากแนวคิดและสมมติฐานดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง

3. ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง

4. การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด

5. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมรุนแรง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2554 ซึ่งเป็นการคัดเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ถึงระดับรุนแรง ตามแนวคิดพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวใน 4 ลักษณะ ได้แก่

1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ขู่ ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนดุด่า

2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง หรือการจุดไฟเผาตนเอง การดึงผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การทิ้งตัวลงพื้นหรือวิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ได้แก่ วิวาททำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่นโดยการกัด การตี การเตะ การผลัก ถ่มน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำลายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ

4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ (2542) ซึ่งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงระดับรุนแรง (ระหว่าง 8 – 21 คะแนน) (Yudofsky et al., 1986 cited in Fresan et al., 2005)

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรายงานว่าเคยหรือไม่เคยมีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติด อย่างใดอย่างหนึ่ง ภายในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่น ๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยจิตเภท ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดได้จาก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยารักษาโรคจิตถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยา ให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

อาการทางบวก หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ (2550) ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ คือ

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน

2) Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆไปควรจะมี เช่น ในด้านการพูด ไม่มีสมาธิ ยากที่จะมีความคิดริเริ่มหรือทำงานไปได้ตลอด ในด้านการแสดงความรู้สึก การแสดงอารมณ์ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว อารมณ์เฉยเมย และในด้านความต้องการสิ่งต่างๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ (2550)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเดินทางมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลเป็นครั้งคราวตามแผนการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลอัตราความชุกของปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงต่อไป
2. นำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปเป็นข้อมูลในการจัดกระทำกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
    - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
    - 1.2 ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท
    - 1.3 อาการของโรคจิตเภท
    - 1.4 การวินิจฉัยของโรคจิตเภท
    - 1.5 การรักษาของโรคจิตเภท
    - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
    - 2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
    - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง
    - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
    - 3.2 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
    - 3.3 ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
    - 3.4 พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท
    - 3.5 การประเมินพฤติกรรมรุนแรง
    - 3.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
    - 4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง
    - 4.2 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในด้าน ความคิดและการรับรู้เป็นหลัก ร่วมกับมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (blunted) ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการรู้คิด (cognitive) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งจะเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรคจิต (WHO, 1992)

สมภพ เรืองตระกูล (2545) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า โรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ต่อความเป็นจริง อารมณ์ และพฤติกรรม

Sandock & Sandock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symtoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้น อาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง ความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิต ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่ โดยไม่พบความผิดปกติจากโรคทางกายและโรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว และไม่เคยมีช่วงอาการของอารมณ์ซึมเศร้า หรือครึกครื้นกว่าปกติซึ่งเข้าได้กับโรคความผิดปกติทางอารมณ์

1.2 ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors)

ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson & Hneisl, 1996 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors)

มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมองโดยมีการค้นพบ ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภท มีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินปกติ และมีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma – amino butyric acid นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการ ด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

จากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

1.3 อาการแสดงของโรคจิตเภท (Lindenmayer & Khan, 2006)

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด ความรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน

2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

- อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆ ก็ร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตา

เฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้างแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายผู้ป่วยอาจนั่งเฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.4 การวินิจฉัยของโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Washington University criteria (Feighner criteria) (Feighner et al., 1972) การวินิจฉัยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะต้องมีอาการทั้งข้อ A, B และ C

A. ต้องมีอาการทั้ง 2 ข้อ ต่อไปนี้

1. มีอาการเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนหน้ามาพบแพทย์ โดยไม่มีช่วงที่อาการหายเป็นปกติเลย
2. ไม่เคยมีช่วงอาการของอารมณ์ซึมเศร้า หรือครึกครื้นกว่าปกติซึ่งเข้าได้กับโรคตามความผิดปกติทางอารมณ์

B. ต้องมีอาการทั้ง 2 ข้อ ต่อไปนี้

1. หลงผิด หรือประสาทหลอน โดยไม่ต้องมีอาการงงงวย หรือสับสนในเรื่องวัน เวลา สถานที่ ในช่วงที่มีอาการ
2. มีความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคคลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลและไม่สามารถเรียบเรียงความคิดได้

C. มีอาการอย่างน้อย 3 ข้อ ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทแน่นอน (definite) และมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ในการวินิจฉัยว่าน่าจะเป็นโรคจิตเภท (probable)

1. โสด
2. มีประวัติปรับตัวไม่ดี หรือปัญหาเรื่องการทำงานมาก่อนป่วย
3. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
4. ไม่มีประวัติการดื่มเหล้า หรือใช้สารเสพติดอย่างอื่นมาในช่วง 1 ปี ก่อนจะมีอาการ
5. อาการเกิดก่อนอายุ 40 ปี

1.5 การรักษาโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

1.5.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาด้วยจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามิได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทปัจจุบันเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและบริบทของผู้ป่วยเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่สร้างภาระ ความเดือดร้อนแก่ครอบครัว (เพชรี คันธสายบัว, 2550) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1.6.1 การประเมินผู้ป่วย (assessment) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรม ควรประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

1) ด้านร่างกายและการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (physiologic and self care considerations) ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดประสาทหลอน ทำให้ไม่สนใจกิจวัตรประจำวันของตนเอง

2) การรับรู้ต่อความเป็นจริง (perceptions) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการประสาทหลอน (hallucinations) พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) พยาบาลควรถามผู้ป่วยถึงอาการประสาทหลอน หรือผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่อยากพูดคุย เกี่ยวกับอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้น พยาบาลควรใช้การสังเกตอาการประสาทหลอนจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา เช่น เอามือป้องหูเหมือนกับกำลังฟังใครพูด และผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบหรือพูดพึมพำคนเดียว

3) กระแสความคิดและเนื้อหาความคิด (from of thought and content) อาจจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการหยุดชะงักการพูดไปสักครู่ แล้วผู้ป่วยนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อ (blocking) หรืออาจจะมีการพูดขาดความต่อเนื่อง (loosening of association) หรือผู้ป่วยอาจจะหลงผิดว่ามีคนคอยทำร้าย (persecutory delusion)

4) อารมณ์ (mood and affect) สังเกตได้จากน้ำเสียง ความเร็วของการพูด การแสดงออก และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีหน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask like) อารมณ์ราบเรียบ (flat affect) หรือการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (inappropriate)

1.6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังนี้

1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน

2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

3) เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนี จากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

4) พฤติกรรมถอยหนีจากการรับรู้เสีย

5) แยกตัว เนื่องจากการไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีจากการรับรู้บกพร่อง

7) สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.6.3 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (therapeutic nurse client relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจิตเภทบ่อยครั้งจะต่อต้านการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเคยถูกปฏิเสธหรือผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมาก่อน หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะของความหวาดระแวงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอาการเจ็บป่วยทางจิต ถ้าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ภาพลักษณ์ของบุคคลอื่นอาจจะบิดเบือนไป ควรเข้าไปพบผู้ป่วยด้วยท่าทางสงบและเป็นมิตร สำหรับผู้ป่วยที่อาการทางจิตรุนแรงควรเข้าไปพบผู้ป่วย ใช้เวลาสั้นๆ แต่สม่ำเสมอ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

2) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (social isolation) มีดังนี้

- ต้องตระหนักว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่แสดงออกมาว่า แยกตัวเอง ไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น แต่ความรู้สึกที่แท้จริงนั้น ผู้ป่วยมีความต้องการติดต่อกับบุคคลอื่นมาก แต่ไม่มีทักษะขอความเป็นมิตรจากบุคคลอื่นได้ พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตลอดไป ควรเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่ยอมรับและมีความเป็นมิตร
- เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากโลกของความจริง และต้องการอยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเอง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยติดต่อกับโลกของความเป็นจริง โดยการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และเข้าไปติดต่อพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ อยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเองน้อยลง และอยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น
- ผู้ป่วยอาจมีความหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) ได้เนื่องจากผู้ป่วยมักจะอยู่แต่โลกของความเพ้อฝัน (fantasy world) ของตนเอง บางครั้งผู้ป่วยอาจจะมีความงุนงง สับสนว่าอะไรคือโลกที่เขานึกฝัน หรืออะไรคือโลกที่เป็นจริง เพราะฉะนั้น ควรให้ความจริง (presenting reality) กับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

3) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน (hallucinations) มีดังนี้

- ถามผู้ป่วยว่าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน พูดว่าอะไร หรือผู้ป่วยมองเห็นอะไร เพื่อให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินเป็นคำสั่ง และคำสั่งที่ผู้ป่วยได้ยินให้ผู้ป่วยทำอะไร บ่อยครั้งเสียงที่เป็นคำสั่งมักสั่งให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ถ้าเป็นเช่นนี้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะได้ปกป้องตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่น

- ให้ความจริงกับผู้ป่วย (presenting reality) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีประสาทหลอน โดยไม่ขัดแย้ง หรือ ตำหนิ

- ในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าตนเองมีประสาทหลอนหรือผู้ป่วยไม่บอกว่ามีประสาทหลอน พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยทำท่าตั้งใจฟัง แล้วพูดคุยโดยไม่มีใครปรากฏตัวอยู่แถวนั้น หรือผู้ป่วยพูดพึมพำคนเดียว พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยินนั้นไม่มีตัวตนจริงๆ ซึ่ง พยาบาลจะกระทำอย่างนี้ได้ต่อเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจในตัวพยาบาลแล้ว

- ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกกลัวหรือก้าวร้าวคนอื่น พยาบาลต้องมีความเข้าใจ และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอยู่ที่นี่เค้าปลอดภัย และช่วยป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

4) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด (delusions) มีดังนี้

- จัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกปลอดภัย

- หลีกเลี่ยงการแสดงออกของความไม่เชื่อถือ การขบขันหรือการสนับสนุนคล้อยตามผู้ป่วย

- รับฟังความคิดของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินหรือตำหนิผู้ป่วย

- จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับสิ่งที่เป็นอยู่จริง จะทำให้ความหลงผิดค่อยๆลดลงได้

5) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง (paranoid) มีดังนี้

- ผู้ป่วยหวาดระแวงเป็นผู้ที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องสำรวจดูว่าความสามารถด้านใดของผู้ป่วยที่ยังดีอยู่ พยายามชี้ให้ผู้ป่วยได้เห็น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

- เนื่องจากผู้ป่วยหวาดระแวงมีแนวโน้มที่จะไม่ไว้วางใจผู้อื่นอยู่แล้ว สิ่งที่จำเป็นมากในการเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย คือ การติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทางเป็นมิตรทุกครั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับและรู้สึกมั่นคงปลอดภัย พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการพูดซุบซิบกับคนอื่นต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่ได้ยินจะระแวงได้

- ผู้ป่วยหวาดระแวงจะแสดงออกมาในรูปการมีความหลงผิด (delusion) พยาบาลจะต้องรับฟังด้วยท่าทางที่ยอมรับ และ หาทางให้ความจริง (presenting reality) ทันที โดยไม่คำนึงว่าจะได้ผลมากน้อยแค่ไหน ในการให้ความจริงกับผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องจัด

บรรยากาศให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยหรือสะดวกใจต่อการพิสูจน์ความจริง อาจเป็นคำพูดหรือการกระทำให้ดูก็ได้

- ผู้ป่วยระแวงมักกลัวคนทั่วไป และพยายามแยกตัวอยู่ห่างจากผู้อื่น ผู้ป่วยเชื่อว่าวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันคุ้มครองตัวเอง คือ การรุกรานผู้อื่นเสียก่อน จึงพบว่าผู้ป่วยมักทะเลาะ กล่าวโทษผู้อื่นหรือทำร้ายผู้อื่นก่อนเสมอ ต้องคอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีความคิดหลงผิดอย่างไร และมีความรู้สึกอย่างไร พยาบาลจะช่วยดูแลไม่ให้ใครมาทำอันตรายเขาได้ และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่สงบและรู้สึกว่าตนเองปลอดภัย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและคนอื่น

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและประเมินผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ต่อความเป็นจริง อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้วินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัย

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง จึงมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตในชุมชน โดยที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ดังนี้

1) ปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในประเทศเม็กซิโก ของ Fresan et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงสูงถึง ร้อยละ 60 และผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Swanson et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงสูงถึงร้อยละ 19.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมยิ้มหัวเราะคนเดียว หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา กลางคืนไม่นอน (จิดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ,2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประกิต, 2542)

2) ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเมื่ออาการ

ดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่งถึงร้อยละ 80 (Kaplan & Sadock,1996) โดยพบอัตรากำเริบสูงถึงร้อยละ 27.3 (Millier et al., 2011) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มีการปรับยาขนาดยาโดยปรับเพิ่มหรือปรับลดยาเอง ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม หรือมีการใช้ยาผิดวิธี (เพชรี คันธสายบัว, 2548) และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่เข้าใจถึงเหตุผลของการที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547)

3) ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีการแยกตัวไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุย ครอบครัวมองว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพ เฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) จากการศึกษาของ จิดารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง โดยมีบางส่วนที่ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 26.9 ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน ร้อยละ 24.3 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน ร้อยละ 10.4

4) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.30 และไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 59.50 และจากการศึกษาของ จิดารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานได้ตามปกติแต่ความสามารถและความอดทนต่องานเริ่มเปลี่ยนไป เมื่ออาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิในการทำงาน และเกียจคร้าน

5) ปัญหาการขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักพบปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยถูกปล่อยไว้บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ โดยผู้ป่วยบางรายอาจถูกญาติกักบริเวณหรือล่ามขังไว้ (ไพรวัลย์ ร่มซ้ายและคณะ, 2544; สถิต วงศ์สุรประกิต, 2542)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกาย และโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักพบปัญหาด้าน

พฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ไม่ร่วมมือรับประทานยารักษาโรคจิต แยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติดูแลหรือญาติไม่สนใจที่จะดูแล ถูกปล่อยไว้คนเดียว เกิดความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยของตนเอง จากปัญหาครอบครัว จากการไม่มีงานทำขาดรายได้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี ให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมโดยผสมผสาน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ พยาบาลต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีความชำนาญและความคิด ในการดูแลเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตอบสนอง กระบวนการรักษาเพื่อบรรลุสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม และต้องผสมผสานการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิต การรับผิดชอบตนเองให้ความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (Nies & McEwen, 2001) เพื่อการมีสุขภาวะของตนเอง โดยมีรูปแบบของการพยาบาลดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาวะ (Pender, 2002) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้การบริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะ

2) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กายจิต สังคม และจิตวิญญาณ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

3) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองมีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมจัดกิจกรรมในชุมชน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการ

ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

4) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน และ สังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่คุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทำให้มีความสามารถในการปรับตัว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และ จิตใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

5) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง โดยการให้ความรู้แก่ญาติ ดังนี้

- หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือการโต้แย้งกับผู้ป่วย
- พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่มั่นคงและนุ่มนวล แสดงท่าทีที่บ่งบอกถึงความจริงใจที่อยากจะให้การช่วยเหลือ ไม่พูดเยาะเย้ยเสียดสีผู้ป่วย ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น
- เก็บของใช้ที่แหลมคม อาวุธ หรือวัสดุอุปกรณ์ที่อาจเป็นเครื่องมือ ในการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยหรือการทำร้ายผู้อื่นให้มิดชิด
- กรณีมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ญาติควรอยู่ห่างผู้ป่วยในจุดที่ปลอดภัย
- หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นควรประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจ อพปร. เพื่อนำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษา

ในกรณีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยตนเองควรมีวิธีการดังนี้

- ประเมินระดับความรุนแรง โดยการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก
- ควบคุมสติให้มั่นคง ไม่แสดงท่าทีกลัวผู้ป่วย หรือตกใจเกินเหตุ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร และสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย
- ยืนอยู่ในระยะที่ห่างจากผู้ป่วยพอสมควร เป็นตำแหน่งที่ปลอดภัย สามารถเข้าออกได้ง่าย และไม่อยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพัง และไม่ควรหันหลังให้ผู้ป่วย ควรสบตากับผู้ป่วย

- สำรวจว่าผู้ป่วยมีอาวุธอยู่กับตัวหรือไม่ ถ้าหากมีอาวุธ ให้ถามผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน “ มีอะไรที่ทำให้คุณกลัว จนต้องพก……(อาวุธ) ไว้กับตัวเอง” คุณพก (อาวุธ) ไว้เพื่อป้องกันตัวเอง”

- ไม่ควรขออาวุธคืนจากผู้ป่วยทันที เพราะจะเพิ่มความระแวงของผู้ป่วย

- ระหว่างการเจรจากับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยินยอมที่จะวางอาวุธ “ไม่ควรรับอาวุธจากผู้ป่วยโดยตรง” “ควรบอกให้ผู้ป่วยวางบนพื้นหรือโต๊ะ”

- ประสานความช่วยเหลือจากตำรวจ หรือ อพปร. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเตรียมทีมให้พร้อม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น หรือหาบุคคลที่ไว้วางใจเพื่อพูดคุยหว่านล้อม โดยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดรักษา

- กรณีที่มีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมทีมช่วยเหลือ และมียาทั้งชนิดฉีดและกิน ให้พูดจาหว่านล้อมด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล พร้อมทั้งสอบถามผู้ป่วยด้วยว่าต้องการดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยยอมรับประทานให้ใช้ยากิน หรือยาน้ำหยดผสมในน้ำดื่ม เพื่อให้อาการสงบลงหากผู้ป่วยอาการไม่สงบ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ควรประสานกับตำรวจ

โดยสรุปแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วม จากผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน เป็นหลัก เพื่อการนำมาซึ่งสุขภาวะทุกด้าน อย่างเป็นองค์รวม

3. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง

3.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

Yudofsky et al. (1986) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression) ว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง และ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ทั้งนี้ Yudofsky et al. (1986 cited in Fresan et al., 2005) ยังกล่าวว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior)

Oxford English Dictionary online (1989 cited in Sharma, 2007) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression) หมายถึง การใช้กำลัง หรือ การกระทำโดยเจตนาหรือจงใจ ที่จะมีอิทธิพลต่อหรือควบคุม ด้วยการแสดงพฤติกรรมหรือท่าทีในลักษณะต่างๆ เช่น การไม่เป็นมิตร การทำให้บาดเจ็บ หรือ การทำลายข้าวของ ส่วนคำว่า พฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) หมายถึง การใช้กำลังเพื่อให้เกิดอันตรายต่อคนอื่น หรือ การทำลายข้าวของ รวมทั้งการกระทำหรือ

การใช้วิธีการต่างๆที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือ ทำให้บุคคลขาดอิสรภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rippon (2000) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) และพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression) มีความหมายเหมือนกันหรือเป็นคำเดียวกัน และสามารถใช้ร่วมกันเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (Violence and Aggression) โดยทั้งสองคำนี้มีความซ้ำซ้อนกันและไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน

Gary & Kavanagh (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง เป็นภาวะรุนแรงที่สุดของความก้าวร้าวที่แสดงออกมาทันทีทันใด จะมีการแสดงออกการใช้กำลังอันมหาศาลก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ การบาดเจ็บและการทำลาย

กชพงศ์ สารการ (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงการไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งทางคำพูด ทางร่างกายหรือทั้งสองอย่างที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่น หรือ ต่อสิ่งของ

สงกรานต์ ก่อธรรมเวศน์ (2552) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง เป็นการใช้ความตั้งใจของกำลังทางร่างกาย หรืออำนาจ คุกคาม หรือมีการกระทำของตนเอง ผู้อื่น หรือต่อกลุ่ม หรือชุมชน ซึ่งอาจจะมีผล หรือมีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บล้มตาย ภยันตรายทางด้านจิตใจ พัฒนาการไม่เหมาะสม หรือขาดการดูแล

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยได้กระทำ หรือ มีแนวโน้มที่จะทำการก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สินได้ ซึ่งอาจกระทำเพราะสาเหตุหลายประการ

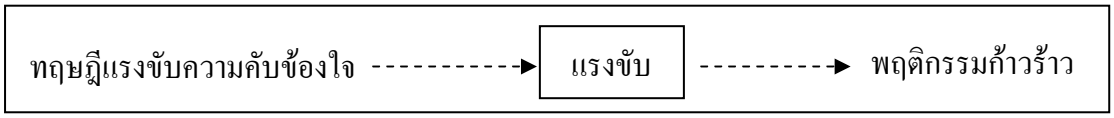
สรุปได้ว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากพลังผลักดันของความคับข้องใจ โดยการแสดงออกด้วยอากัปกิริยาที่รุนแรง ไม่เป็นมิตร ทำลายสิ่งของและบุคคล ซึ่งเป็นการระบายหรือปลดปล่อย ความโกรธ และพลังผลักดันในใจออกมาในทางที่ไม่เหมาะสม หรือในอีกแง่หนึ่ง พฤติกรรมก้าวร้าวจะอยู่ตรงกลางระหว่างความโกรธกับพฤติกรรมรุนแรง เพราะพฤติกรรมก้าวร้าวมักเกิดรวดเร็วตามหลังความโกรธ และ ถ้าไม่ได้จัดการให้สงบลงก็จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา

3.2 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอธิบายด้วยแนวคิด 2 ทฤษฎี ดังนี้ (อุบล นิวัติชัย, 2545)

3.2.1 แนวคิดของทฤษฎีแรงขับ (drive theory) Freud กล่าวว่า แรงขับความก้าวร้าว เป็นความรู้สึกอยากทำลายหรือจำกัด (the instinct for death or thanatos) ซึ่งเป็นแรงขับหนึ่งของสองประเภทของแรงขับที่บุคคลมีแต่เกิด แรงขับอีกประเภทหนึ่ง คือ แรงขับของความสุข ความพอใจ หรือความอยากจะมีชีวิตอยู่ (the instinct for life or eros) แรงขับความก้าวร้าวจะถูก

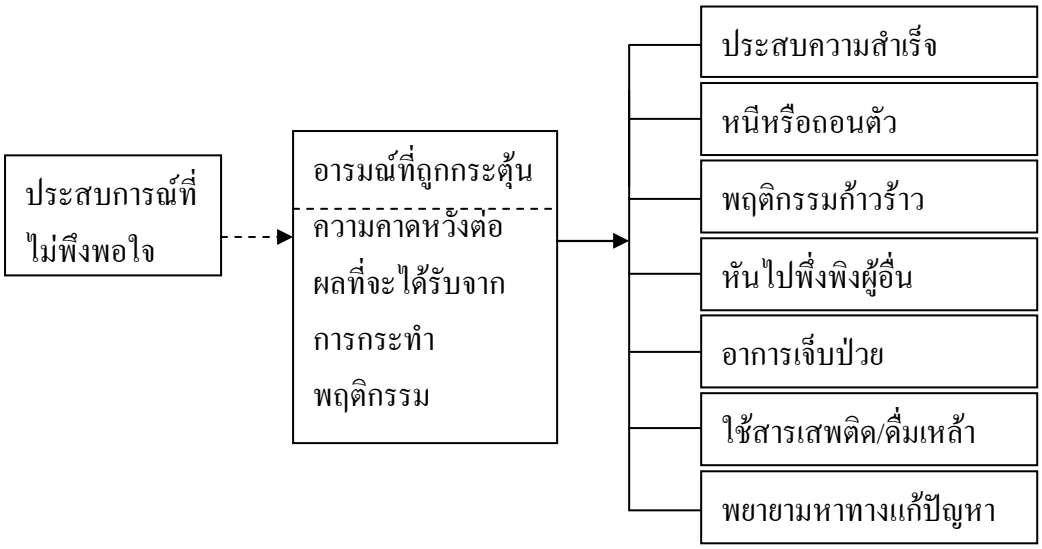
พัฒนาเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ก็ต่อเมื่อขั้นตอนของพัฒนาการทางเพศ (psychosexual development) บุคคลได้รับความสุขสมใจตามควรแก่เหตุการณ์ ผู้ที่มีพัฒนาการทางเพศไม่เหมาะสมจะมีพลังงานจากความก้าวร้าวติดค้างแฝงอยู่ในจิตไร้สำนึก (unconscious mind) และพลังงานส่วนนี้พยายามหาทางออกด้วยวิธีการที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน นับเป็นพลังงานทางจิตใจที่สำคัญ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมากมายโดยเฉพาะเวลาที่บุคคลมีความขัดแย้งทางจิตใจ พลังส่วนนี้มักเป็นตัวเสริมเพิ่ม จึงเป็นเหตุให้บุคคลแสดงความผิดปกติทางพฤติกรรมหลายๆรูปแบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีแรงขับ

3.2.2 แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) Albert Bandura พิจารณาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลเช่นเดียวกับพฤติกรรมอื่นๆ กล่าวคือ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลมาจากการสังเกต การเอาอย่าง การลอกเลียน และการเสริมแรงจากความสำเร็จอันเป็นสิ่งตอบแทนภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้ง (learned behavior)

ในภาวะที่บุคคลประสบกับความกดดันทางจิตใจ พลังจากความกดดันนั้นทำให้บุคคลหาทางออกในหลายรูปแบบ สุดแต่การเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสะสมมาจนเป็นนิสัย บางคนใช้วิธีเผชิญปัญหาอย่างมีเหตุผล บางคนใช้วิธีหนีไปพึ่งสุรา ยาเสพติด บางคนต่อสู้ด้วยความก้าวร้าว ใช้อำนาจ ใช้วิธีที่ผิดทำนองคลองธรรม ทุกครั้งที่พ่อบ้านเมา กลับบ้านด้วยเสียงเอะอะอาละวาด วางอำนาจ แม่บ้านจะเงียบไม่กล้าขัดใจ ยอมทำตามที่พ่อบ้านต้องการ ซึ่งปกติมักไม่ยอมพ่อบ้านหลายคนจึงได้ใจ หรือเรียนรู้และใช้วิธีนี้เป็นเครื่องต่อรองซึ่งกันและกันอย่างไม่รู้ตัวทั้งสองฝ่าย ขณะเดียวกันบุตรก็รับเอาสภาพการปรับตัวของพ่อและแม่อย่างไม่ตั้งใจ เมื่อไรที่บุตรได้รับความคับข้องใจ ก็อาจใช้วิธีที่คล้ายคลึงกับพ่อ มีการกระแทก โต้เถียง ดื้อดึง เพื่อให้พ่อแม่ยอมในสิ่งที่ตนอยากได้ เมื่อถูกตามใจครั้งหนึ่ง คราวหลังๆ พฤติกรรมก้าวร้าวก็จะเพิ่มความรุนแรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการสอนให้รู้จักใช้สติปัญญาควบคุมพลังผลักดันให้ออกมาในทางที่เหมาะสม ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม Bandura (1997)

3.3 ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด และพฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; ธีระ ลีลานันทกิจ, 2541)

3.3.1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (verbal aggression) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมากเป็นอันดับหนึ่ง (Yudofsky et al., 1986) และเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวโดยจะเริ่มด้วยมีการพูดเสียงดัง พูดโต้ตอบด้วยนำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น พูดเชิงข่มขู่วางอำนาจ ใช้ถ้อยคำหยาบคาย ใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ในแง่ร้าย พูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดจนเสียงแหบ คอแห้ง ฯลฯ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดเหล่านี้จะต้องได้รับการจัดการ เพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในด้านการกระทำต่อไป

3.3.2 พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำ (nonverbal aggression) เป็นการแสดงออกทางที่บ่งบอกการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ จะเริ่มมีการตึงตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น เช่น มีอาการกัดฟัน ตาขวาง กำมือแน่น มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง เดินงุ่นง่าน ไปมาตลอดเวลา แสดงความไม่พอใจหรือหงุดหงิด แสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นหรือสิ่งของ โดยมีพฤติกรรมทำร้ายโต๊ะ เตียงนอน ทุบหน้าต่าง ขว้างปาสิ่งของ ฉีกเสื้อผ้า ชกต่อย เตะถีบผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา และอาจรุนแรงถึงอาละวาด โวยวาย ทำร้ายคนข้างเคียง และทำลายของ ชก ต่อย ทุบ ตี ทำลายข้างของละเมิดสิทธิ์ผู้อื่น หรือทำร้ายตนเองและผู้อื่นในที่สุด

นอกจากนี้ Yudofsky et al. (1986) ได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด (verbal aggression) ประกอบด้วย การส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าวดูถูกผู้อื่น เช่น “คุณช่างโง่อะไรเช่นนี้” ด่าสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยวาจาที่เต็มไปด้วยความโกรธและคุกคามผู้อื่นคำพูดที่บอกถึงความต้องการจะทำร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน เช่น “ฉันอยากจะฆ่าคุณ”

2. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง (physical aggression against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมการหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้น กำปั้นชกสิ่งของ กระแทกลำตัวกับผนังห้อง มีรอยฟกช้ำที่ลำตัว ตัดแขน ขา ตนเอง ใช้ปากกัดตัวเอง

3. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น (physical aggression against other people) ประกอบด้วยพฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว และจับผู้อื่นเหวี่ยงไปมาตบตี ชกต่อย ดึงเส้นผม ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดรอยข่วน ฟกช้ำ บวม หรือรุนแรง จนกระดูกหัก มีบาดแผลลึก

4. พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ (aggression against object) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด สกปรก ปัดสิ่งของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ขีดเขียนฝาผนังห้อง ทุบสิ่งของให้แตก ทุบกระจก

จะเห็นได้ว่า ลักษณะการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะแสดงออกมาทั้งทางคำพูดและทางการกระทำซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านี้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

3.4 พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแสดงออกได้ทั้งก้าวร้าวทางคำพูด และทางการกระทำ เช่น อาจจะออกมาในรูปของ พฤติกรรมแบบ passive-aggressive การพูดเสียดสี การด่าว่า การไม่ไว้วางใจ การไม่ให้ความร่วมมือ และการทำร้ายร่างกาย เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมเหล่านี้จะทำนายได้ยากว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด อัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะพบสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้สูง (Langley, Miller, Lawric, Mclntosh, & Johnstone, 2005) และพบหลักฐานว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป 2 ถึง 10 เท่า (Wessely, 1997)

สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่สำคัญเกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติด ในขณะเดียวกันตัวโรคเองก็ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ จากการมีประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด พบว่าในผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมรุนแรงตลอดเวลาเป็นระยะ

เวลานาน มักมีรอยโรคที่สมองส่วนหน้า (frontal lobe) ขณะที่ผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นช่วงๆ หรือเป็นช่วงสั้นๆ มักจะสัมพันธ์กับอาการทางบวกของโรค เช่น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้าย จึงแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงเป็นการป้องกันตนเองก่อน และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจะดีขึ้น เมื่ออาการทางบวกลดลง (Lindenmayer & Khan, 2006)

3.5 การประเมินพฤติกรรมรุนแรง

Habor, McMahon, Hoskins, & Sidelean (1992 อ้างใน กชพงศ์ สารการ, 2542) อธิบายว่า การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินได้ ดังต่อไปนี้

1. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ได้แก่ เดินไปมา ไม่สามารถจัดอยู่นิ่งๆ หือหยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด

2. คำพูดและการกระทำที่แสดงถึงอันตรายคุกคามต่อผู้อื่นที่เป็นเป้าหมาย ทั้งความเป็นจริงหรือจินตนาการขึ้นเอง ได้แก่ คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลอื่นๆ ที่แสดงถึงการคุกคาม การหวาดระแวงและการแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเอง พฤติกรรมรุนแรงที่สนองตอบต่อประสาททาง หู หรือทางตา พฤติกรรมรุนแรงที่ตอบสนองต่อการหลงผิด

3. ความรู้สึกรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยมีกิริยาท่าทางเครียดมาก การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด อาการรุนแรงอย่างทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไป อีกทั้งยังไม่มีมาตรฐานในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงเป็นที่แน่นอนนัก นักวิชาการส่วนใหญ่จะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดซึ่งเกิดจากประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงตามแนวความคิดของตนเองสนใจเป็นหลัก ทำให้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้ในปัจจุบันจึงมีความแตกต่างกันออกไป และโดยส่วนใหญ่จะนำแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชซึ่งใช้ในการประเมินพฤติกรรมโดยรวมของผู้ป่วยมาใช้โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจง ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงเพียงด้านเดียว ดังจะเห็นได้จากแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง (กชพงศ์ สารการ, 2542) ซึ่งจะกล่าวดังต่อไปนี้

1. Nurses' Observational Scale for Inpatient Evaluation: NOSIE (Swett & Mills, 1997) ซึ่งประกอบด้วยแบบสังเกต 30 ข้อ มีรายละเอียดเกี่ยวกับด้านบวกได้แก่ ความสามารถในการอยู่ในสังคม (social competence) ความสนใจต่อสังคม (social interst) ความเป็นระเบียบเรียบร้อย (neatness) ส่วนอาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดง่าย (irretability) อาการทางจิต (psychosis) การทำงานของระบบประสาทสั่งงานเสื่อม (motor retardation)

2. The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS (Overall & Gorham, 1962) เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตใจในด้านต่ างๆ ดังนี้ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) ความรู้สึกหวาดระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness) ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) ความตึงเครียด (tension) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการนำแบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS มาประยุกต์ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

อรวรรณ ศิลปกิจ และ สุคนธ์ ชมชื่น (2553) ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากการประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS ขั้นตอนแรก เป็นการระดมสมองในองค์กรแพทย์เพื่อคัดหัวข้อย่อยจาก BPRS คือ G-HARD และ PHUA ขั้นตอนที่สอง ทดลองใช้ในหอผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภทชาย 118 คน ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงด้วย BPRS: PHUA กับ G-HARD ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีความปลอดภัย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง จึงได้ขยายผลทั้งองค์กร

รักสุดา กิจอรุณชัย (2549) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้ความคิดเห็นของจิตแพทย์ แบบเฝ้าระวัง SAFE precaution (Suicide Accident Fighting and Escape) แบบประเมินอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจริงในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาล โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลในช่วง 1 ถึง 31 ธันวาคม 2547 ผลการศึกษาพบว่า การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจริงในหอผู้ป่วยระยะเฉียบพลันโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ทำนายเหตุการณ์ได้ดีกว่าแบบประเมินอาการทางจิต BPRS และ SAFE

3. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al., 1986) ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งรวมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 4 ลักษณะได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งได้มีการ

นำแบบบันทึกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ใน 3 โรงพยาบาลจิตเวช และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

4. แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (กชพงศ์ สารการ, 2542) ซึ่งแปลมาจาก The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al., 1986) และดัดแปลงให้เข้ากับประชากรที่ศึกษา ลักษณะเป็นแบบบันทึกรายการ (checklist) ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ ในการสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง (มี) และทำเครื่องหมาย ✗ ลงในช่อง (ไม่มี) ในหัวข้อของลักษณะพฤติกรรมรุนแรงตามที่สังเกตได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาของ กชพงศ์ สารการ (2542) โดยการแปลมาจากแบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) เนื่องจากแบบวัดนี้มีองค์ประกอบและโครงสร้างเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังพบว่าข้อคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน จำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การช่วยเหลืออยู่ที่ว่าวิธีการใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากน้อยเพียงใด เมื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ได้ให้แนวความคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.6.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากในกระบวนการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อวินิจฉัย (Diagnosis assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจาการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนัยน์ตาแข็งกร้าว หน้าแดง กำมือแน่น ร่างกายเกร็ง เคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดฉุนเฉียว ทำอันตรายต่อผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายต่อตัวเอง ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3.6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการพยาบาล ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป คือ “ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่นเนื่องจากเสียการรับรู้” “ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตราย เนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหาร และยา” “ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ” “ผู้ป่วยตบตีบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้” เป็นต้น

3.6.3 การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาลว่ามุ่งเป็นการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล

3.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specifice problem) ของสถานการณ์ของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) ต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกต มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามลำดับความจำเป็นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงลง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้ (Yudofsky, 2003)

- การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้การพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีกาพูดออกมา พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย และต้องคิดอยู่เสมอว่า มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการใช้คำพูด สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วย

ความเต็มใจ (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือ และ แยกแยะพฤติกรรมที่ผิดปกติไปทีละขั้นตอน

- การจัดการด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น วิธีการจัดการทางกายภาพได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผลจะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์เร็ว ติดต่อกัน (Rapid tranquilizer) ทางกล้ามเนื้อ

- การนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการให้ห้องแยกนี้ ต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากขึ้น ควรดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงตนเองได้

- การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากการใช้วิธีอื่นไม่ได้แล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่นจะพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด แต่จะเลือกใช้เป็นวิธีสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก กระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ แสดงพฤติกรรมรุนแรง ใช้คำพูดยับยั้งอีกไม่ได้แล้ว และไม่ตอบสนองต่อยา เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น ฆ่าตัวตาย ทั้งในกรณีที่เกิดจากความโกรธและควบคุมตัวเองไม่ได้ จากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เพื่อป้องกันผู้ป่วยสร้างความวุ่นวายแก่สิ่งแวดล้อมและก่อกวนแผนการรักษา

- จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการรักษาและจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ ที่หอผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์

ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงพยาบาลอาจใช้ วิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีการ

ตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างการช่วยเหลือและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำ ในระหว่างให้การช่วยเหลือว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

3.6.5 การประเมินผลทางการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการพยาบาลสิ้นสุดลง

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งเป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่น พยาบาลจิตเวชในฐานะเป็นบุคลากรในทีมจิตเวชและมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างมีขั้นตอนในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจเกิดได้จากปัจจัยหลายประการทั้งจากปัจจัยที่เกิดภายในตัวบุคคล และปัจจัยที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล หรืออาจเริ่มมาจากปัจจัยที่มีมาแต่กำเนิด ได้แก่ สัญชาตญาณ โครงสร้างของร่างกาย องค์ประกอบด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านพัฒนาการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอธิบายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (กชพงศ์ สารการ, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่ง เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวไว้โดยสรุปได้ดังนี้

4.1.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

1) การมีสารเคมีในสมองอยู่ในระดับผิดปกติ เช่น serotonin, dopamine และ norepinephrine การได้รับบาดเจ็บที่สมอง การมีเนื้องอกที่สมอง ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ โดยแสดงออกมาในรูปของอาการผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544) โดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) เช่น หูแว่ว พูดคนเดียว ขี้สงสัย หวาดระแวง หรือมีความรู้สึกว่าตนถูกควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walsh, Buchann & Fahy (2002) ซึ่งพบว่าอาการทางจิตที่กำเริบเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

2) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น มีน้ำตาลในเลือดต่ำ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองเสื่อม

4.1.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) Freud กล่าวว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่แสดงออกของความโกรธ ซึ่งถ้าหันความโกรธเข้าสู่ตนเองจะเป็นผลให้บุคคลมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้

2) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (psychological theory) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงเกิดจากการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (basic needs) ทำให้ถูกคุกคามต่อการมีชีวิตอยู่ของบุคคล อาจจะเป็นสาเหตุให้บุคคลตอบสนองไปในวิธีก้าวร้าว นอกจากนี้การมีความผิดปกติทางจิตอาจจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้เช่น บุคลิกต่อต้านสังคม บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) โรคจิตเภท การใช้สารเสพติดทำให้มีความผิดปกติทางจิตใจ

3) ทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา (sociocultural theory) มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกาย การถูกล่วงเกินทางเพศในวัยเด็ก การถูกทอดทิ้งในวัยเด็ก และการมีพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมรุนแรงทำให้เด็กมีการพัฒนาพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นได้

4) การถือเป็นแบบอย่าง (modeling) มีการศึกษาพบว่าเด็กจะเลียนแบบการแสดงพฤติกรรมรุนแรงจากพ่อแม่หรือบุคคลสำคัญของเขา นอกจากนี้มีการศึกษาเด็กที่ดูสื่อ ที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เด็กแสดงพฤติกรรมรุนแรงในเวลาต่อมาได้

4.2 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปร โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทของ Yudofsky et al. (1986) และ คัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถจำแนกปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic factors)

1) อายุ

จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Krakowski & Czobor, 2004; Swanson et al., 2006) โดยผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 40 ปี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า ทำให้มีการแสดงพละกำลัง ตามที่ตนเองต้องการ ในขณะที่พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากผู้สูงอายุมักเป็นเพียงการด่าทอด้วยคำพูด หรือการข่มขู่เท่านั้น จึงไม่จัดว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรง

ความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Krakowski & Czobor (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Swanson et al. (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1,410 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) เพศ

จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Krakowski & Czobor, 2004; Sharma, 2007) เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่แสดงออกด้านพละกำลัง โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียด หรือความไม่สบายใจ (Hiday et al., 1998) ในขณะที่เพศหญิงจะแสดงออกทางด้านคำพูด หรืออารมณ์ แต่ไม่มีความรุนแรงเท่ากับเพศชาย (Maccoby & Jacklin, 1974) สาเหตุอาจจะ

เป็นเพราะอิทธิพลทางสังคมที่ได้มีการกำหนดบทบาทสนับสนุนการใช้กำลังรุนแรงในเพศชาย หรืออีกสมมติฐานหนึ่ง คือ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยเพศชายมักจะใช้ความรุนแรงทางกายในการแสดงออกถึงความเป็นศัตรูต่อผู้อื่น ซึ่งมีระดับความรุนแรงที่มากกว่า ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่มักแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นทางอ้อม และมีการใช้วาจาที่รุนแรง ตัวอย่าง เช่น การทำตัวหมางเมินไม่ยอมให้เข้าใกล้ การใส่ร้ายหรือทำร้ายอีกฝ่ายให้เสียชื่อเสียง เป็นต้น (Binder & McNiel, 1990; Lam, McNiel, & Binder, 2000)

ความสัมพันธ์ของเพศกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Krakowski & Czobor (2004) ได้ศึกษาความแตกต่างของเพศกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 243 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ Modificed Overt Aggression Scale (MOAS) ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Sharma (2007) ได้ศึกษาลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช 246 คน อายุ 18-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

1) ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาพบว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Walsh et al., 2004) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง มักมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น และมีประวัติลักษณะพฤติกรรมรุนแรง เช่น การวางเพลิง การทารุณสัตว์เลี้ยงในบ้าน การกระทำทารุณทางกายหรือเพศ มีพฤติกรรมรุนแรงในวัยเด็ก เป็นต้น หรือคนซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะก้าวร้าวรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป (Hughes, Riba & Glick, 1997) ตลอดจน

บุคคลอาจได้รับประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่มีการใช้พฤติกรรมรุนแรง และเรียนรู้การกระทำพฤติกรรมรุนแรงนั้น เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความไม่สบายใจอีกครั้งก็จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกปลอดภัย (Johnson, 1997)

ความสัมพันธ์ของประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Walsh et al. (2004) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 271 คน โดยพบว่าประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) การใช้สารเสพติด

จากผลการศึกษา พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด (Swartz et al., 1998; Erkiran et al., 2006) เนื่องจากสารเสพติดต่างๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Brenan et al., 2000; Green, Drake, Brunette & Noordsy, 2007) โดยผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติด ได้แก่ 1) สุรา สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ มักเป็นผลมาจากขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะในช่วงต้นๆ ของการเมาสุรา ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่เสียไป (Coker et al., 2000; Eronen et al., 1996; Tardiff et al., 1997) 2) สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท ได้แก่ โคเคน และแอมเฟตามีน ในช่วงต้นๆ ของการเมาจะมีอารมณ์ครึกครื้น อารมณ์ดีตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย กระวนกระวายทั้งกายและใจ อาการขี้สงสัย จากนั้นจะเปลี่ยนไปเป็นอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง และสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Cuffel et al., 1994; Giannini et al., 1993; McCormick & Smith, 1995)

ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Erkiran et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับควมสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 133 คน เครื่องมือ

ที่ใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression (OAS) โดยประเมินได้จากการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 3 วัน หรือ ได้จากการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทขณะเก็บรวบรวมข้อมูล (Yudofsky et al., 1986) ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Swartz et al. (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 331 คน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรง และสัมภาษณ์จากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมรุนแรงในช่วงเวลา ประมาณ 4 เดือนก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Swartz et al., 1998) โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง คือ การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา การลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้น้อยทำให้กิดพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว (Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996)

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Swartz et al. (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 331 คน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรง และสัมภาษณ์จากครอบครัวของกลุ่ม

ตัวอย่างทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และพฤติกรรมรุนแรงในช่วงเวลา ประมาณ 4 เดือนก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.2.3 ปัจจัยด้านอาการ (Clinical Symptoms)

1) อาการทางบวก

โดยผลการศึกษาในหลายๆเรื่องพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Abushualeh et al., 2006; Arango et al., 1999; Buckley et al., 2004; Fresan et al., 2005; Krakowski et al., 1999) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางบวก คือ ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และ อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น การมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น จากการได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าคนอื่น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่หวาดระแวง (paranoid psychosis) จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่น และมีความหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน (McNiel et al., 2000) ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการมีปฏิกิริยาต่อต้านการรับรู้ถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น (Benjaminsen et al., 1996) เป็นต้น

ความสัมพันธ์ของอาการทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Arango, Barba, Gonzalez-Salvador & Ordonez (1990) ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จาก DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 63 คน พยาบาลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression (OAS) และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ The Positive

and Negative Syndrome Scale (PANSS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Krakowski, Czobor, & Chou (1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 18-55 ปี เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรง คือ Modified Overt Aggression Scale (MAOS) ที่พัฒนามาจาก The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al., 1986) และประเมินอาการทางจิต โดย The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Buckley et al. (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ Positive and Negative syndrom Scale, with the Mini-Mental State Examination และ with the Heinrich – Carpenter Quality of Life Scale ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Fresan et al. (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 113 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางจิตได้แก่ The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) และเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression (OAS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Abushualeh & Abu-Akel (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบมรวมข้อมูล ได้แก่ The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) และ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) อาการทางลบ

โดยผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Swanson et al., 2006) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และ อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการทางลบชนิดที่ 2 ในระดับมากจนเกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรือ เกิดภาวะหมดกำลังใจและสิ้นหวัง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจนถึงระดับที่เป็นอันตรายได้ (Appelbaum et al., 2000) อีกทั้งอาการทางลบมักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก (Lindenmayer & Khan, 2006) และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก โดยอาจจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมแบบ passive-aggressive ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ (Appelbaum, Robbins & Monahan, 2000)

ความสัมพันธ์ของอาการทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน

Swanson et al. (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1,410 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

กชพงศ์ สารการ (2542) ได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนา เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 149 คน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 45 คน ทำการเก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชของ Yudofsky et al. (1986) ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมรุนแรง และ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด คือ ร้อยละ 62.5 เมื่อพิจารณาอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย 100 ราย พบว่า ทั้งผู้ป่วยชายและหญิงมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง

นภดล สำอาง (2552) ได้ศึกษาการสังเกตเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ไปข้างหน้า เรื่องปัจจัยที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาใน 3 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ภายใน 3 เดือนของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน-10 ตุลาคม 2551 และดำเนินการเก็บข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น หลังจากนั้นติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน-10 ตุลาคม 2551 มีจำนวน 170 ราย ถูกตัดออกจากการศึกษา จำนวน 11 ราย จึงมีผู้ป่วยที่เข้าข่ายการศึกษาจำนวน 159 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนจำนวน 26 ราย มีความชุกของการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 3 เดือนเท่ากับร้อยละ 16.4 เมื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่า จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลและอายุเมื่อเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีจำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.1 ครั้ง และมีอายุเมื่อเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกเฉลี่ย 22.5 ปี ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่กลับมารักษาซ้ำมีจำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.3 ครั้ง และมีอายุเมื่อเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกเฉลี่ย 25.3 ปี และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวในลักษณะตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในต่างประเทศ

Arango, Barba, Gonzalez-Salvador & Ordonez (1990) ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จาก DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 63 คน พยาบาลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression (OAS) และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ The Positive

and Negative Syndrome Scale (PANSS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Swartz et al. (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 331 คน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรง และสัมภาษณ์จากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับ ประวัติการเจ็บป่วย อาการทางจิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การใช้สารเสพติด การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมรุนแรงในช่วงเวลา ประมาณ 4 เดือนก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Krakowski, Czobor & Chou (1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมรุนแรงกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 18-55 ปี เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรง คือ Modified Overt Aggression Scale (MAOS) ที่พัฒนามาจาก The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al., 1986) และประเมินอาการทางจิต โดย The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

McNiel et al. (2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการประสาทหลอนกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 103 คน โดยประเมินอาการประสาทหลอน อาการทางจิตอื่นๆ และพฤติกรรมรุนแรง โดยปราศจากความลำเอียง ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 30 ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการประสาทหลอนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 22 ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมอาการประสาทหลอน และอาการประสาทหลอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Buckley et al. (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย

จิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ Positive and Negative syndrom Scale, with the Mini-Mental State Examination และ with the Heinrich – Carpenter Quality of Life Scale ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 78 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การไม่มีที่อยู่อาศัย อาการทางบวก และ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

Krakowski & Czobor (2004) ได้ศึกษาความแตกต่างของเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการทางจิตและปัจจัยด้านจิตสังคม กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 243 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ Modificed Overt Aggression Scale ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Walsh et al. (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เรื่องปัจจัยทำนายในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการศึกษาในประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 271 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง (OR=2.02, 95% C.I. = 1.04-3.87, $p<0.05$) และการใช้สุรา (OR= 3.35, 95% C.I. = 1.24-10.2, $p<0.01$)

Fresan et al. (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในประเทศเม็กซิโก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 113 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางจิตได้แก่ The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) และเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression (OAS) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงสูงถึง ร้อยละ 60 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมีอัตราความชุกพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 40 และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Abushualeh & Abu-Akel (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) และ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Erkiran et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 133 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression (OAS) โดยประเมินได้จากการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 3 วันที่ผ่านมา หรือ ได้จากการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทขณะเก็บรวบรวมข้อมูล (Yudofsky et al., 1986) ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

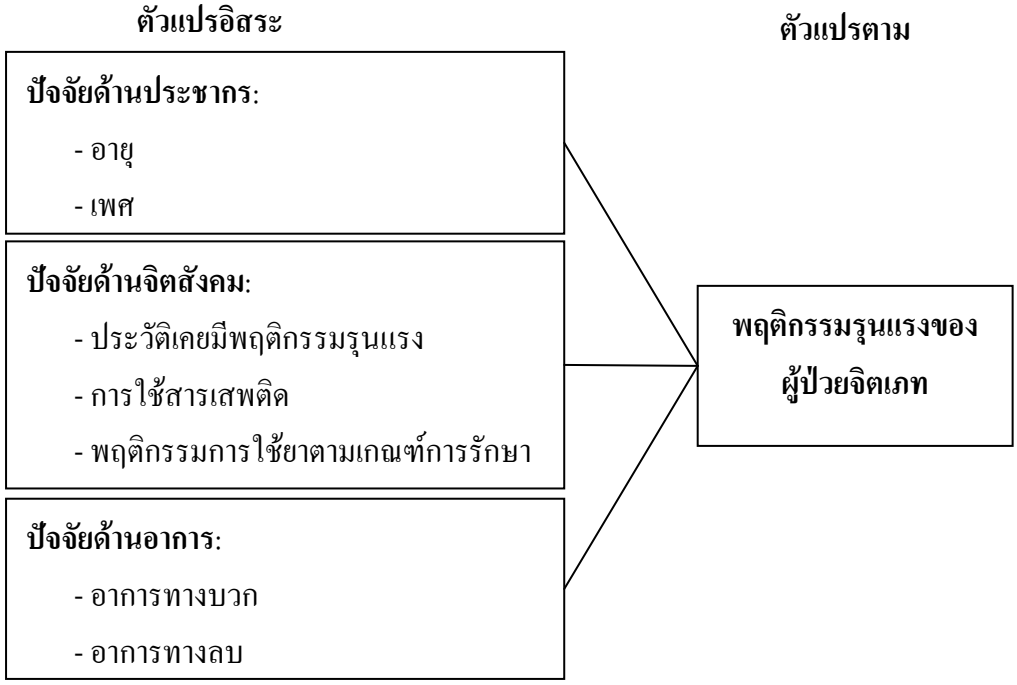
Swanson et al. (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดำเนินการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1,410 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 19.1 และผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงในระดับอันตราย ร้อยละ 3.6 และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Sharma (2007) ได้ศึกษาลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช 246 คน อายุ 18 - 60 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงร้อยละ 30.9 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 55.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ได้แก่ เพศ อาการทางจิต และการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อีกทั้งเป็นปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ซึ่งตัวแปรต่างๆ ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ แสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่ทั่วประเทศอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจากทั่วประเทศ จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนที่มากและมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล
4. ได้รับการขออนุญาตจากญาติของผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของญาติ
5. ไม่มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรต่อการสื่อสาร

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) มีดังต่อไปนี้

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สิน สิ่งของ ในระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณ โดยสูตร Thorndike (1978 อ้างถึงในรัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้ N = 10k+50 (เมื่อ N= ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา)

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา 8 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 130 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาล โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 2 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่ทั่วประเทศอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจากทั่วประเทศ จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนที่มากและมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด
2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบแผนกผู้ป่วยนอก ตามรายงานประจำปี 2552 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	9,798	100
2. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	2,342	30
รวม	12,140	130

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มายื่นบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และ หมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจับฉลากได้เป็นบัตรตรวจหมายเลขคู่ ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวัน ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้เฉพาะหมายเลขบัตรตรวจที่เป็นเลขคู่ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนทั้งสิ้น 130 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ การใช้สารเสพติด และ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาของ กชพงศ์ สารการ (2542) โดยการแปลมาจากแบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ลักษณะของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นแบบบันทึกรายการ (checklist) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวนี้มีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้เนื่องจากมีลักษณะข้อคำถามสะดวกต่อการบันทึก สามารถเข้าใจง่าย โดยไม่ต้องใช้ระยะเวลานาน

แบบสอบถามพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 4 ข้อ คือ	น้ำหนักคะแนน	
พฤติกรรม	มี	ไม่มี
- ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ	1	0
- ตะโกนว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง…	2	0
- ด่าด้วยคำหยาบคายรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคาย	3	0
- พูดข่มขู่ว่าจะร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน…	4	0
2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ คือ	น้ำหนักคะแนน	
พฤติกรรม	มี	ไม่มี
- ปิดประตูเสียงดัง ฉีกเสื้อผ้า ทำลายข้าวของ	2	0

- ขว้างปาสิ่งของ ทุบเตะข้าวของเครื่องใช้ ทุบกำแพง	3	0
- ทำให้สิ่งของเสียหายแตกกระจาย เช่น ทุบกระจก	4	0
- จุดไฟเผาสิ่งของ หรือ ขว้างปาสิ่งของ..	5	0
3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง จำนวน 4 ข้อ	น้ำหนักคะแนน	
พฤติกรรม	มี	ไม่มี
- ขีดข่วนตัวเอง ทุบตีตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บ…	3	0
- ตีอก ชกหัวตนเอง ทุบกำปั้นลงบนสิ่งของ…	4	0
- ทำร้ายตนเองจนมีรอยแผลลึกหรือกัดจนเลือดออก…	5	0
- ทำร้ายตนเองรุนแรงจนกระดูกหัก หมดสติ…	6	0
4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ คือ	น้ำหนักคะแนน	
พฤติกรรม	มี	ไม่มี
- ทำท่าคุกคาม ต่อยลม กำมือแน่น	3	0
- ทุบ ชก เตะ ผลักผู้อื่น หรือ ดึงผมผู้อื่น	4	0
- ทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง..	5	0
- ทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บรุนแรง…	6	0

ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง (มี) และทำเครื่องหมาย ✗ ลงในช่อง (ไม่มี) ในหัวข้อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทตามที่ได้สัมภาษณ์จากญาติในช่วง 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล (Yudofsky et al., 1986 cited in Erkiran et al., 2006) ขณะที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยคิดคะแนนความรุนแรงในแต่ละข้อ ในกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหลายข้อในแต่ละด้าน จะนำข้อที่มีน้ำหนักคะแนนสูงสุดมาคิดคะแนน และนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าว โดยแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

0	คะแนน	ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
1-7	คะแนน	มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย
8-14	คะแนน	มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง
15-21	คะแนน	มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงระดับรุนแรง (8-21 คะแนน) แสดงว่า มีพฤติกรรมรุนแรง หากคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนนถือว่าไม่มีพฤติกรรมรุนแรง (Yudofsky et al., 1986 cited in Fresan et al., 2005)

ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก (Positive symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 1 ไม่มีอาการ

คะแนน 2 มีอาการขั้นต่ำสุด

คะแนน 3 มีอาการเล็กน้อย

คะแนน 4 มีอาการปานกลาง

คะแนน 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง

คะแนน 6 มีอาการุนแรง

คะแนน 7 มีอาการรุนแรงมาก

วิธีการคิดคะแนน Positive Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite Scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็น กลุ่มอาการทางบวก

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 1 ไม่มีอาการ

คะแนน 2 มีอาการขั้นต่ำสุด

คะแนน 3 มีอาการเล็กน้อย

คะแนน 4 มีอาการปานกลาง

คะแนน 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง

คะแนน 6 มีอาการุนแรง

คะแนน 7 มีอาการรุนแรงมาก

วิธีการคิดคะแนน Negative Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite Scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็น กลุ่มอาการทางลบ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยา ให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1-9 เป็นด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 และ 17 และ เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 และ 18 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดหามากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และ ความหมาย ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยด้านพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน 1 คน
พยาบาลชำนาญการผู้มีผลงานวิจัยด้านพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน 3 คน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 2	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 4	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับคำนิยามมาก

ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และ กระชับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 7

2. แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16

5. แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

6. แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

7. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ควรปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน รายละเอียดของค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
1. แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง	0.93
2. แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	1.00
3. แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	0.85
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	1.00

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และ กระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหา ในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 30 คน
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคในแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดไว้ในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดสอบ (N = 30)	ฉบับใช้จริง (N = 130)
1. แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง	.88	.80
2. แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	.91	.88
3. แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	.93	.86
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.83	.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสองโรงพยาบาล

3. ภายหลังได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสองโรงพยาบาล โดยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2553 – กันยายน 2554 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2554 (ดังภาคผนวก ค) หลังจากนั้นผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้งสองโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มายื่นบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และ หมายเลขคี่ มาทำฉลากแล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจับฉลากได้เป็นบัตรตรวจหมายเลขคู่ ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวัน ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้เฉพาะหมายเลขบัตรตรวจที่เป็นเลขคู่ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนทั้งสิ้น 130 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

4.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่ามีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้การบริการนอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย แล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30 นาที ทั้งหมด 5 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 55 ข้อ โดยผู้วิจัยได้เรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น

4.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 130 ฉบับ หลังจากนั้นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสองโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งในการดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และ ร้อยละ

2. อายุ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coeffient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากปัจจัยในเรื่อง อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือจากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จำนวนทั้งสิ้น 55 ข้อ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด

ตอนที่ 2 อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตอนที่ 3 อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในการเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

$\overline{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Range	หมายถึง	ค่าพิสัย
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ

C	หมายถึง	ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร
r_{pb}	หมายถึง	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส (n = 130)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Max	Min	$\overline{X}$	S.D.
เพศ						
ชาย	70	53.8				
หญิง	60	46.2				
อายุ			59	20	39.16	9.96
สถานภาพสมรส						
โสด	80	61.5				
คู่	31	23.8				
แยกทางกันอยู่	12	9.2				
หย่าร้าง	6	4.6				
หม้าย	1	0.8				

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน เป็นเพศชาย 70 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 คน โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.16 ปี (S.D. = 9.96) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม การศึกษา และอาชีพ (n = 130)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	3.1
ประถมศึกษา	40	30.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	20.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	24.6
อนุปริญญาตรี	6	4.6
ปริญญาตรี	13	10
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	82	63.1
รับจ้าง	23	17.7
ค้าขาย	13	10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	3.1
ธุรกิจส่วนตัว	4	3.1
นักเรียน/นักศึกษา	3	2.3
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	1	0.8

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาคือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 รองลงมาคือมีอาชีพรับจ้าง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด (n = 130)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง		
เคย	108	83.1
ไม่เคย	22	16.9
การใช้สารเสพติด		
ใช้	34	26.2
ไม่ใช้	96	73.8
ระบุประเภทที่ใช้จริง		
บุหรี่	34	26.2
ยาบ้า	4	3.1
กัญชา	3	2.3
สุราหรือเบียร์	2	1.5
กาว	1	0.8

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 ประวัติไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 และมีการใช้สารเสพติด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 ส่วนใหญ่สารเสพติดที่ใช้คือ บุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2

ตอนที่ 2 อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และ ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามระดับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง (n = 130)

ระดับพฤติกรรมก้าวร้าว	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พฤติกรรมรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	64	49.2	ไม่มี	98	75.4
พฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย	34	22.6			
พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง	16	12.3	มี	32	24.6
พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง	16	12.3			
รวม	130	100	รวม	130	100

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 64 คน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง และพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับรุนแรง พบเท่ากัน คือ อย่างละ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 เท่ากัน

เมื่อพิจารณาจำแนกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามแนวคิดของ Yudofsky et al. (1986 cited in Fresan et al., 2005) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง ถึง ระดับรุนแรง) รวมจำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 24.6 ส่วนที่เหลือ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 98 คน คิดเป็น ร้อยละ 75.4 ดังนั้น อัตราความชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ คือ ร้อยละ 24.6

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว (n = 130)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด	61	50
พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ	30	24.6
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น	23	18.9
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง	8	6.5
รวม	122	100

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดพบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 61 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ จำนวน 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.6 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 23 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.9 ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเองพบน้อยที่สุด คือ จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5

ตอนที่ 3 อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอาการทางบวก และ อาการทางลบ (n = 130)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Range	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
อาการทางบวก	89	68.5	7-41	2.51	0.93	เล็กน้อย
อาการทางลบ	41	31.5	7-33	1.99	0.86	ต่ำ
รวม	130	100				

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน มีคะแนนอาการทางบวกอยู่ในช่วง 7-41 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 7-49 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต เท่ากับ 2.51 (S.D. = 0.93) ซึ่งถือว่ามีอาการทางบวกโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีคะแนนอาการทางลบอยู่ในช่วง 7-33 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 7-49 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ 1.99 (S.D. = 0.86) ซึ่งถือว่ามีอาการทางลบโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาถึงคะแนน Composite Scale ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการเด่นเป็นอาการทางบวก หรืออาการทางลบ มากกว่ากัน ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน มีอาการทางบวกเป็นลักษณะเด่น จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 และมีอาการทางลบเป็นลักษณะเด่น จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n =130)

ตัวแปร	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			
1. การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา	4.42	0.82	ดี
2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	3.68	0.42	ดี
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม	3.99	0.57	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.99, 4.42, และ 3.68; S.D. = 0.57, 0.82, และ 0.42 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง ด้วยการใช้สถิติทดสอบหาค่า t (t - test) โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังนี้

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบหาค่า t ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ การใช้สารเสพติด และประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

ตัวแปร	n	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว			
		$\overline{X}$	S.D.	t	P - value
เพศ				0.068	.946
ชาย	70	5.23	6.63		
หญิง	60	5.15	6.45		
การใช้สารเสพติด				-.624	.534
ใช้	34	5.79	7.18		
ไม่ใช้	96	4.98	6.33		
ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง				-4.40	.009
เคย	108	5.86	6.86		
ไม่เคย	22	1.90	2.86		

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$= 5.86) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$= 1.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.40$, $p < 0.01$)

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coeffient) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับของการมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value) ในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 12 ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร ระหว่าง เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n = 130)

ตัวแปร	สหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (C)	p - value
เพศ	.028	.753
ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง	.250	.003
การใช้สารเสพติด	.026	.770

จากตารางที่ 12 พบว่าประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($C = .250$, $p < 0.01$)

ส่วนปัจจัยด้าน เพศ และ การใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่าง อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และ อาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n = 130)

ตัวแปร	สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb})	p - value
อายุ	-.294	.001
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	-.326	.000
อาการทางบวก	.379	.000
อาการทางลบ	-.081	.359

จากตารางที่ 13 พบว่า อายุ และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสิติ (r_{pb} = -.294 และ -.326, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

ส่วนอาการทางบวก พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = .376, $p < 0.01$) ในขณะที่อาการทางลบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง
3. ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง
4. การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด
5. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
7. อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถพูดและฟัง

ภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล และไม่มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 130 คน ได้จากการคำนวณโดยสูตร Thorndike (1978 อ้างถึงในรัตน์ศิริ ทาโต, 2552) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามรายงานประจำปี 2552 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การใช้สารเสพติด และประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 4 ข้อ ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง จำนวน 4 ข้อ และด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา 9 ข้อ และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต 9 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88, .91, .93 และ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2554 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และ ร้อยละ
2. อายุ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coeffient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวกและอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน เป็นเพศชาย 70 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 คน โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.16 ปี (S.D.= 9.96) ส่วนใหญ่เคยมีประวัติเคยพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 มีการใช้สารเสพติด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 โดยสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่คือ บุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการทางบวกโดยเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับเล็กน้อย ส่วนคะแนนอาการทางลบโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$= 2.51, S.D.= 0.93 และ $\overline{X}$ = 1.99, S.D.= 0.86 ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.99, S.D.= 0.57)

2. อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 64 คน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง และพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับรุนแรง พบเท่ากัน คือ อย่างละ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 เท่ากัน เมื่อพิจารณาจำแนกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามแนวคิดของ Yudofsky et al. (1986 cited in Fresan et al., 2005) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง ถึง ระดับรุนแรง) รวมจำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 24.6 ส่วนที่เหลือ คือ ผู้ป่วยที่ ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 ดังนั้น อัตราความชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ คือ ร้อยละ 24.6 และ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดพบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 61 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ จำนวน 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.6 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 23 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.9 ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเองพบน้อยที่สุด จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3. ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$= 5.86) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$= 1.90) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

4. การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

5. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

6. อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

7. อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 24.6 (จำนวน 32 คน จาก 130 คน) แบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวระดับปานกลาง และพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 12.3 (อย่างละ 16 คน เท่ากัน) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับขนาดของปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากผลการศึกษาของ Sharma (2007) ที่ทำการศึกษาในประเทศอินเดีย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 55.3 และผลการศึกษาของ Fresan et al. (2005) ที่ทำการศึกษาในประเทศเม็กซิโก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 60 อย่างไรก็ตามอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Swanson et al. (2006) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 19.1

จากผลการศึกษาซึ่งพบว่าอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยอาจต่ำกว่าอัตราที่พบจากผลการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมและ

สนับสนุนให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน ดังจะเห็นได้จากนโยบายประจำปี 2553 – 2554 กรมสุขภาพจิตมีวิสัยทัศน์พัฒนางานสุขภาพจิต โดยมุ่งมั่นที่จะพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในงานบริการและวิชาการสุขภาพจิต ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกลไกการขับเคลื่อนในระดับชาติและระดับท้องถิ่น เพื่อนำสู่การบรรลุเป้าหมาย ประชาชนมีสุขภาพจิตดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยการส่งเสริมบทบาทของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง ได้แก่ 1) เสริมสร้างและขยายฐานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุข เช่น กรมต่างๆในสังกัดกระทรวงทางด้านสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร เครือข่ายผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน สถานประกอบการ NGOs อสม. เป็นต้น 2) เพิ่มความเข้มข้นในการถ่ายทอดองค์ความรู้และพัฒนาคุณภาพ / มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และ 3) หน่วยงานจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต ร่วมสนับสนุนเครือข่ายบริการสาธารณสุขให้มีระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน และเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรประเภทต่างๆ เช่น แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงจิตเวชชุมชน พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) พยาบาลปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช นักสุขภาพจิตชุมชน ฯลฯ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชที่สำคัญ (Mental Health Gap Action Programe) ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของทั้งสองโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลในครั้งนี้ พบว่าได้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต โดยมีการขยายบริการจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิสู่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในสถานบริการใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย ของ นภดล สำอาง (2552) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตรากำเริบเพียง ร้อยละ 16.4 ดังนั้นสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย จึงมีขนาดของปัญหาใกล้เคียงกับอาการทางจิตที่กำเริบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walsh, Buchann & Fahy (2002) ซึ่งพบว่าอาการทางจิตที่กำเริบเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง โดยพบจำนวน 61 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ จำนวน 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.6 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 23 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.9 ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเองพบน้อยที่สุด จำนวน 8 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5 ซึ่งสอดคล้องกับผล

การศึกษา ของ Silver & Yudosfsky (1991) และ Erkiran et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีลักษณะพฤติกรรมก้าวทางคำพูดมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวต่อการทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เป็นพฤติกรรมที่ไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อการทำลายสิ่งของ นอกจากนี้อาจอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดมีความต้องการให้ผู้อื่นทำตามความต้องการของตน แต่ผู้ป่วยขาดทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมจึงใช้ความรุนแรงทางคำพูด ให้บุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนเองการหรือเห็นด้วยกับความคิดและความเชื่อของตน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ อายุ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และอาการทางบวก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายผลการศึกษาเรียงตามลำดับ ดังนี้

อายุ จากผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = -.294, $p < 0.01$) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในวัยกลางคน หรือ วัยสูงอายุ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า ทำให้มีการแสดงพละกำลัง ตามที่ตนเองต้องการ และขาดทักษะในการแก้ไขความขัดแย้ง อีกทั้งมักจะมีการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว จนเป็นเหตุให้มีการใช้ความรุนแรงเพื่อแก้ไขปัญหาได้ง่าย ในขณะที่พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากผู้สูงอายุมักเป็นเพียงการด่าทอด้วยคำพูด หรือการข่มขู่เท่านั้น จึงไม่จัดว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรง (Owen, tartello, Jones & Tennant, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Krakowski & Czobor (2004) และ Swanson et al. (2006) ที่พบผลการศึกษาสอดคล้องกันว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง จากผลการศึกษาพบว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (C= .250, p < 0.01) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$= 5.86) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\overline{X}$= 1.90) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง มักมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น และมีประวัติลักษณะพฤติกรรมรุนแรง เช่น การวางเพลิง การทารุณสัตว์เลี้ยงในบ้าน การกระทำทารุณทางกายหรือเพศ มีพฤติกรรมรุนแรงในวัยเด็ก เป็นต้น หรือคนซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะก้าวร้าวรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมรุนแรง ในขณะที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป (Hughes et al., 1997) ตลอดจนบุคคลอาจได้รับประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่มีการใช้พฤติกรรมรุนแรง และเรียนรู้การกระทำพฤติกรรมรุนแรงนั้น ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความไม่สบายใจขึ้นใหม่ ก็มักจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้ตนรู้สึกปลอดภัย (Johnson, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walsh et al. (2004) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb}= -.326, p < 0.01) ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง คือ การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา การลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้น้อย นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา (Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Swartz et al. (1998) ซึ่งพบว่า

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อาการทางบวก จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb}= .376, p < 0.01) ผลการวิจัยในครั้งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางบวก คือ ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และ อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น การมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น จากการได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าคนอื่น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่หวาดระแวง (paranoid psychosis) จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่น และมีความหลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน (McNiel et al., 2000) ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการมีปฏิกิริยาต่อต้านการรับรู้ถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น (Benjaminsen et al., 1996) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในหลายๆเรื่องที่พบผลการศึกษาว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Abushualeh et al., 2006; Arango et al., 1999; Buckley et al., 2004; Fresan et al., 2005; Krakowski et al., 1999)

2.2 จากผลการศึกษาที่พบว่า มีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ เพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาเรียงตามลำดับ ดังนี้

เพศ จากผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยที่พบไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Krakowski & Czobor, 2004;

Sharma, 2007) อภิปรายได้ว่า ปัจจัยเรื่องเพศเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ในต่างประเทศ ของ Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann (2009) ซึ่งพบผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยร่วมเรื่องการใช้ยาหรือสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเพศชาย มักจะมีการใช้สารเสพติดร่วมมากกว่าเพศหญิง ทำให้ผู้ป่วยเพศชายเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง (Fazel & Grann, 2006)

การใช้สารเสพติด จากผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด (Erkiran et al., 2006; Swartz et al., 1998; Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann, 2009) ทั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้สารเสพติดร่วม ถึง 96 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 และมีการใช้สารเสพติดเพียง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 อีกทั้งสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ บุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 ซึ่งโดยทั่วไป พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีผลกระทบทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผลในระยะสั้นพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่อาจออกฤทธิ์ไปเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนในสมอง ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีจากการสูบบุหรี่ รู้สึกว่าบุหรี่ช่วยทำให้กระปรี้กระเปร่าตื่นตัว ทำให้สามารถทำงานต่อไปได้ อีกทั้งยังไปเพิ่มสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกยินดีปรีดา (euphoria) เพิ่มการผ่อนคลายความเครียด คลายความวิตกกังวล และลดความรู้สึกก้าวร้าวรุนแรงได้ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Erkiran et al. (2006) พบว่า บุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.05 ดังนั้น บุหรี่จึงอาจไม่ใช่สารเสพติดที่ออกฤทธิ์รุนแรงถึงขนาดไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่รุนแรงตามมาได้ เหมือนสารเสพติดประเภทอื่น เช่น สุรา สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ มักเป็นผลมาจากขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะในช่วงต้นๆ ของการเมาสุรา ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่เสียไป (Coker et al., 2000; Eronen et al.,

1996; Tardiff et al., 1997) และ สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท ได้แก่ โคเคน และ แอมเฟตามีน ในช่วงต้นๆ ของการเมาจะมีอารมณ์ครึกครื้น อารมณ์ดีตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย กระวนกระวายทั้งกายและใจ อาการขี้สงสัย จากนั้นจะเปลี่ยนไปเป็นอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง และสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Cuffel et al., 1994; Giannini et al., 1993; McCormick & Smith, 1995) เป็นต้น

อาการทางลบ จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Swanson et al., 2006) สามารถอภิปรายได้ว่า ลักษณะเด่นของอาการทางลบ ซึ่งแบ่งลักษณะอาการออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และ อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ (Lindenmayer & Khan, 2006) อีกทั้งอาการทางลบมักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก (Lindenmayer & Khan, 2006) และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก แต่พบว่ามีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือนกับอาการทางบวก (Nicholl, 1999) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในหลายๆเรื่อง ที่พบผลการศึกษาว่า อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Arango, Barba, Gonzalez-Salvador & Ordonez, 1999; Fresan et al., 2005; Walsh et al., 2004)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงสูงถึงร้อยละ 24.6 ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาดังกล่าว อีกทั้งการจัดกิจกรรมพยาบาล ควรนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าวัยผู้กลางคนหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน โดยใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐาน เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัยพบว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรอง และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การวางเพลิง การทารุณสัตว์เลี้ยงในบ้าน การกระทำทารุณทางกายหรือเพศ มีพฤติกรรมรุนแรงในวัยเด็ก มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง เป็นต้น

4. จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในเรื่องการดำเนินของโรคจิตเภท การให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยารักษาโรคจิตตามเกณฑ์การรักษา การออกฤทธิ์ของยา ขนาดของความถี่ในการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทมากขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลควรมีการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น มีบุคลิกภาพผิดปกติ มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม เคยมีประวัติการขาดยามาก่อน เคยมีผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต เป็นต้น

5. จากผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรจัดกิจกรรม

การพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถประเมินอาการและจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Insight) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นหาย ซึ่งจะส่งผลดีต่อการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านการบริการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่นนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการ ให้ตรงตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. สนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลง และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ อายุ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และอาการทางบวก ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมฯ กับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กชพงศ์ สารการ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

กัลยา ภักดีมงคล และเพชรี คันธสายบัว. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19(2548): 14-20.

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

จิดารัตน์ พิมพ์ดีด. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2541.

ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). ปกิณกะ จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 17(2552): 208-210.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธิ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ่นอนงค์ และพิเชฐ อุดมรัตน์. Possitive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T). กรุงเทพมหานคร: แจนเซ่น-ซีแลก, 2550.

ธีระ ลีลานันทกิจ. การบริหารและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์, 2541.

ธีระ ลีลานันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. ผลของโครงการป้องกันอาการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย: เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44(2542): 3-11.

นภดล สำอางค์. ปัจจัยที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาภายใน 3 เดือน. ใน รายงานประจำปี 2552, หน้า 187. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552

นพดล วานิชฤดี, ชลพร กองคำ, และกาญจนา สุทธิเนียม. โปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมหลบหนี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19(2548): 43-54.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซด์, 2541.

ปัทมา ศิริเวช และวริพัสย์ ลิมปนาภา. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2541.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. การควบคุมยาสูบ: ระบาดวิทยากลยุทย์การดำเนินงานของไทยและสากล. ใน การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบในงานประจำในโรงพยาบาล, หน้า 71-100. กรุงเทพมหานคร: มณัสฟิล์ม, 2551.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2541.

ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.

เปรมฤดี ดำรักษ์. การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

พิเชฐ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์, 2547.

ไพรวัลย์ ร่มซ้าย, วัชนี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, เอกอุมา วิเชียรทอง, และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2544.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2548.

เพชรี คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

เพชรี คันธสายบัว. (2550). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 1(2550): 131-137.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, 2553.

ภาสกร อัครเสวี. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2552. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2552.

มัลลิกา สิงหสุริยะ. การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. ตำราจิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามา, 2544.

มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลัน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 14(2549): 14-23.

รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

วัลลี ธรรมโกสิทธิ์. ความตรงของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง : HCR-20. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 14(2550): 101-109.

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.

วาสนา ปานดอก. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

วาสนา แฉล้มเขตร. การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สุโขทัยธรรมาธิราช, 2544.

ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล๊อก, 2552.

สงกรานต์ ก่อธรรมเวศน์. ศัพท์ทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

สถิต วงศ์สุรประกิต. ความต้องการที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2545.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2552.

สรินทร เชี่ยวโสธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อรวรรณ ศิลปกิจ และสุคนธ์ ชมชื่น. การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงด้วย BPRS: PHUA กับ G-HARD. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 18(2553): 96-104.

อุบล นิวัติชัย. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางอารมณ์และการพยาบาล. ใน เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.

ภาษาอังกฤษ

Abushualeh, K., & Abu-Akel, A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. Psychiatry Research 143(2006): 205-211.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. American Journal of Psychiatry 157(2000): 566-572.

Arango, C., Barba, A. C., Gonzalez-Salvador, T., & Ordonez, A. C. Violence in Inpatients With Schizophrenia: A Prospective Study. Schizophrenia Bulletin 25(1999): 493-503.

Benjaminsen, S., Botzsche, L. K., Norrie, L., & et al. Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark: rate of violence and relation to diagnosis. Nord J Psychiatry 50(1996): 233-242.

Binder, R. L., & McNiel, D. E. The relationship of gender to violent behavior in acutely disturbed psychiatric patients. Journal Clinical Psychiatry 51(1990): 110-114.

Boyd, M. A. Psychiatric Nursing Contempory practice. 3rd ed. Southern Illinosis University Edwardsville,IL, 2005.

Brenan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. Major mental disorders and criminal violence in a Dinish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 57(2000): 494-500.

Buckley, P. F., Hrouda, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J., & Shingler, K. C. Insight and Its Relationship to Violent Behavior in Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry 161(2004): 1712-1714.

Buckwalter, K. C. Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M. D. Thomas (Eds.), Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1991

Burrow, S. Nurse-aid management of psychiatric emergency. British Journal of Nursing 3(1994): 121-125.

Chan, H.-Y., Lu, R.-B., Tseng, C.-L., & Chou, K.-R. Effectiveness of the Anger-Control Program in Reducing Anger Expression in Patients With Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 17(2003): 88-95.

Chemtop, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., Gross, D. M., & Smith, G. Anger regulation deficits in combat related posttraumatic stress disorder. Journal of Trumatic Stress 10(1997): 17-36.

Cirincione, C., Steadman, H. J., Clark Robbins, P., & Monahan, J. Schizophrenia as a contingent risk factor for criminal violence. Int J Psychiatr Law 15(1992): 347-358.

Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & et. al. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. Am J Public Health 90(2000): 553-559.

Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. Child Development 66(1995): 710-722.

Cuffel, B. J., Shumway, M., Choujian, T. L., & McDonald, T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 182(1994): 704-708.

Cunningham, P. A. The role of the psychiatric nurse in home care. Home Healthcare Nurse 25(2007): 645-652.

Eagly, A. H., & Steffen, V. J. Gender and aggressive behavior: a meta-analytic review of the social psychological literature. Psychological Bulletin 100(1996): 309-330.

Erkiran, M., Ozunalan, H., Evren, C., Aytaçlar, S., Kirisci, L., & Tarter, R. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. Addictive Behaviors 31(2006): 1797-1805.

Eronen, M., Hakola, P., & Tihonen, T. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry 53(1996): 497-501.

Farragher, B. Treatment Compliance in the Mental Health Service. Iris Medication Journal 92(1999): 6.

Fazel, S., & Grann, M. The population impact of severe mental illness on violent crime. Am J Psychiatry 163(2006): 1397-1403.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine 6(2009): 1-15.

Feighner, J. P., Robbins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. Diagnosistic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26(1972): 57-63.

Fox, C., & Kane, F. Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating The Behavioral and Biological Sciences. Philadelphia: W.B.Sauders Company, 1996.

Fresan, A., Apiquiann, R., Fuente-Sandoval, C. d. l., Loyzaga, C., Garcıa-Anaya, M., Meyenberg, N., et al. Violent Behavior in Schizophrenic Patients: Relationship with Clinical Symptoms. Aggressive Behavior 31(2005): 511–520.

Fuller, R. L. M., schultz, S. K., & Andreason, N. C. The symptom of schizophrenia. In: Hirsch RR, Weinberger D, eds. Schizophrenia. Massachusetts: Blackwell Pubising, 2003.

Garaigordobil, M., Maganto, C., J.I, P., & Sansinenea, E. Gender differences in socioemotional factors during adolescence and effects of a violence prevention program. Journal of Adolescent Health 44(2009): 468-477.

Gary, F., & Kavanagh, C. K. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Company, 1990.

Giannini, A. J., Miller, N. S., Lioselle, R. H., & et. al. Cocaine-associated violence and relationship to route of administration. J Subst Abuse Treat 10(1993): 67-75.

Green, A. L., Drake, R. E., Brunette, M. F., & Noordsy, D. L. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. Am J Psychiatry 164(2007): 402-408.

Habor, J., McMahon, A. L., Hoskins, P. P., & Sidelean, B. F. Comphehensive psychiatric nursing. St. Louis: Mosby Year Book, 1992.

Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., & Wagner, H. R. Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33(1998): 68-74.

Hughes, H. Emergency psychiatry: acute psychopharmacological management of the aggressive psychotic patient. American Psychiatric Association 50(1999): 1135-1137.

Hughes, H., Riba, M., & Glick, R. Acute Care Psychiatry: Diagnosis & Treatmant. Philadephia: Williums & Willkins, 1997.

Johnson, B. S. Adaptation and growth: Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1997.

Kaplan, H.I, & Sandock, B.J. Pocker Handock of Clinical Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996

Kim, C., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Schizophrenia Research 60(2003): 71-80.

Krakowski, M., & Czobor, P. Gender Diffences in Violent Behaviors: Relationship to Clinical Symptoms and Psychosochial Factors. Am J Psychiatry 161(2004): 459-465.

Krakowski, M., Czobor, P., & Chou, J. C. Course of Violence in Patients With Schizophrenia: Relationship to Clinical Symptoms. Schizophrenia Bulletin 25(1999): 505-517.

Krakowski, M. I., Convit, A., Jaeger, J., Lin, S., & Volavka, J. Neurological impairment in violent schizophrenia inpatients. Am J Psychiatry 147(1989): 849-853.

Lafayette, J. M., Frankle, W. G., Pollock, A., Dyer, K., & Goff, D. C. Clinical Characteristics, Cognitive Functioning, and Criminal Histories of Outpatients With Schizophrenia. Psychiatric Services 54(2003): 1635-1640.

Lam, J. N., McNiel, D. E., & Binder, R. L. The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. Psychiatric Services 51(2000): 1167-1170.

Langley, N., Miller, Lawric, S., Mclntosh, A., & Johnstone, E. Dermatoglyphics and schizophrenia: finnding from the Edinburgh high risk study. Schizophrenia Research 74(2005): 122-124.

Laplerre, D., Braun, C. M. J., Hodglns, S., Toupln, J., Leveillee, S., & Constantlneau, C. Neuropsychological Correlates of Violence in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 21(1995): 253-262.

Lindenmayer, J. P., & Khan, A. Psychopatothology. In: Lieberrman JA, Strop TS, Perkins DO, eds. Textbook of Schizophrenia. Washington DC: Amrican Psychiatric Publishing, 2006.

loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. Development of juvenile aggression and violence some misconceptions and controversies. American Psychology 53(1998): 242-259.

Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. The Psychology of Sex Differences. Stanford, Calif: Stanford University Press, 1974.

McCormick, R. A., & Smith, M. Aggression and hostility in substance abuser: the relationship to abuse patterns, coping style and relapse triggers. Addict Behav 20(1995): 555-601.

McNiel, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. The Relationship Between Command Hallucinations and Violence. Psychiatric Services 51(2000): 1288-1292.

Millier, A., Sarlon, E., Azorin, J.-M., Boyer, L., Aballea, S., Auquier, P., et al. Relapse according to antipsychotic treatment in schizophrenic patients: a propensity-adjusted analysis. BMC Psychiatry 11(2011): 1-9.

Murray, R. M., Jones, P. B., Susser, E., Os, J. v., & Cannon, M. The Epidemiology of Schizophrenia. USA: Cambridge University Press, 2003.

Naudts, K., & Hodgins, S. Neurobiological Correlates of Violent Behavior Among Persons With Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 32(2005): 562-572.

Nicholl, A. M. The Harvard Guide to Psychiatry. London: Belknap Press, 1999.

Nies, M., & McEwen, M. Community health nursing : Promoting the health of populations. Philadelphhia: W.B.Saunders Company, 2001.

Nilchaikovit, T., Uneanong, S., Kessawai, D., & Thomyangkoon, P. The Thai Version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia: Criterion Validity and Interrater Reliability. Journal of The Medical Association of Thailand 83(2000): 646-651.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 10(1962): 799-812.

Owen, C., tartello, C., Jones, M., & Tennant, C. Violence and gression in psychitric units. Psychiatric Services 45(1998): 1452-1457.

Owen, R. R., Fischer, E. P., Booth, B. B., & Cuffel, B. J. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. Psychiatric Services 47(1996): 853-858.

Oxford English Dictionary online. Oxford English Dictionary online. 2th ed. Oxford: Oxford University Press, 1989.

Pender, J. N. Health Promotion in nursing Practice. 4th ed. New YorK: Appleton & Lange, 2002.

Rippon, T. J. Aggression and violence in health care professions. Journal of Advance Nursing 31(2000): 452-460.

Sandock, J. B., & Sandock, A. V. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Phiadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Schiavi, R., Theilgaard, A., & Owen, D. Sex chomosome anomalies, hormones and aggressitivity. Archives Genneral of Psychiatry 41(1984): 93-99.

Sharma, M. Characteristics of aggressive and violence behaviour among psychiatric in patiens in India. A Thesis Submitted in patial Fulfillment of the Requiements for the Degree of Master of Public Health Program in Health Systems Development. Collage of Public Health Scienes. Chulalongkorn University, 2007

Silver, J. M., & Yudosfsky, S. C. The Overt Aggression Scale Overview and Guiding Principles. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 3(1991): 22-29.

Stueve, A., & Link, B. G. Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33(1998): 61-67.

Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence From the Epidemiologic Catchment Area Surveys. Hospital and Community Psychiatry 41(1990): 761-770.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Dorn, R. A. V., Elbogen, E. B., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 63(2006): 490-499.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V., Borum, R., Wager, H. R., & Burns, B. J. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. Am. J. Psychiatry 155(1998): 226-231.

Swett, C., & Mills, T. Use of the NOSIE to predict assult among acute psychiatric patients. Psychiatric Services 48(1997): 1177-1180.

Tardiff, K., M.P.H., Marzuk, P. M., Leon, A. C., Portera, L., & Weiner, C. Violence by Patients Admited to a Private Psychiatric Hospital. Am J Psychiatry 154(1997): 88-93.

Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. J., & et. al. Violence by psychiatric patients after discharge from hospital: a prospective study. Psychiatric Services 48(1997): 678-681.

Vevera, J., Hubbard, A., Vesely, A., & Papezova, H. Violent behaviour in schizophrenia. Br J Psychiatry 187(2005): 426-430.

Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. Br J Psychiatry 180(2002): 490-495.

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tattan, T., et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. Schizophrenia Research 67(2004): 247-252.

Wessely, S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. Br J Psychiatry 170(1997): 8-11.

Wilson, H. S., & Hneisl, C. R. Psychiatric Nursing. New York: Addison – Wesley, 1996

WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder. Clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva, World Health Organization, 1992.

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, w., Endicott, J., & Williams, D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. American Journal of Psychiatry 143(1986): 35-39.

Yudofsky, S. C. The American Psychiatric Publishing: Textbook of Clinical Psychiatry. Washigton, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2003.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ธีระ ลีลานันทกิจ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. รองศาสตราจารย์ สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ดร. กชพงศ์ สารการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นางปรียนันท์ มารักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อ	112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2437-0200 ต่อ 4417 E-mail : w.buracharin@hotmail.com

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาอัตราความชุกพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาล โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในกรุงเทพและปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 2 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบแผนกผู้ป่วยนอก ตามรายงานประจำปี 2552 ดังนี้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 คน และ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเดินทางมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพและปริมณฑลเป็นครั้งคราวตามแผนการรักษา

4. ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ – นามสกุล และที่อยู่ ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำ

ความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้

5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participants) ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งหมด 5 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 55 ข้อ

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในกรุงเทพและปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 2 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

5.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5.4 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

5.5 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ ทางโทรศัพท์หมายเลข 0-2437-0200 ต่อ 4417

5.6 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อ และที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล จะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5.7 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนงานและจัดให้การบริการพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิด

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และ ทรัพย์สินสิ่งของ

7. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…..……

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของผู้วิจัยชื่อ นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ สถานที่ติต่อ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-437-0200 ต่อ 4417

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 55 ข้อ และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(นางสาวเวนิช บุราชรินทร์)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง (…..) ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ
   - ☐ ชาย
   - ☐ หญิง
2. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด
   - ☐ คู่
   - ☐ หย่าร้าง
   - ☐ หม้าย
   - ☐ แยกทางกันอยู่
3. อายุ ……..ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ ไม่ได้เรียน
   - ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่น ๆ ระบุ……

5. อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ

☐ รับจ้าง

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ ทำสวน/ทำนา/ทำไร่

☐ ค้าขาย

☐ อื่นๆ ระบุ……

6. ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง

☐ เคย

☐ ไม่เคย

7. การใช้สารเสพติด อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกาย

☐ ใช้

☐ ไม่ใช้

ถ้าใช้ ให้ระบุประเภทที่ใช้จริง และวันเวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สุรา หรือ เบียร์ ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ ยาบ้า ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ โคเคน ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ กัญชา ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ ทินเนอร์ ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ กาว ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ บุหรี่ ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

☐ อื่นๆ ระบุ……...ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ……...

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มี 16 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง (มี) ทำเครื่องหมาย ✗ ในช่อง (ไม่มี) ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และในช่วง 3 วันที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเหล่านี้หรือไม่

พฤติกรรม	มี	ไม่มี (0)
<u>พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด</u> 1. ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ		
2. ตะโกนว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น “ตะโกนเสียงดัง กระโชกโฮกฮาก”		
3. ……..		
4. ……..		
<u>พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ</u> 5. ปิดประตูเสียงดัง ฉีกเสื้อผ้า ทำลายข้าวของ		
6. ขว้างปาสิ่งของ ทุบเตะข้าวของเครื่องใช้ ทุบกำแพง		
7. ……..		
8. ……..		
<u>พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง</u> 9. ขีดข่วนตัวเอง ทุบตีตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเล็กน้อย		
10. ตือก ชกหัวตนเอง ทุบกำปั้นลงบนสิ่งของ ทิ้งตัวลงบนพื้นหรือใส่สิ่งของ จนมีรอยบาดแผล หรือ รอยช้ำเขียว หรือ รอยแผลไหม้ระดับน้อย		
11. ……..		
12. ……..		
<u>พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น</u> 13. ทำท่าคุกคาม ต่อยลม กำมือแน่น		
14. ทุบ ชก เตะ ผลักผู้อื่น หรือ ดึงผมผู้อื่น		
15. ……..		
16. ……..		

ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	**คะแนน**						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Psychotic dimension 1. อาการหลงผิด							
2. อาการประสาทหลอน							
3. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
4. ความคิดรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน							
Disorganization dimension 5. ความคิดสับสน พูดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พูดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน							
6. ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง							
7. พฤติกรรมไม่เป็นมิตร							

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
คะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง
คะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง
คะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	**คะแนน**						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การไม่แสดงอารมณ์							
3. มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง							
7. ยึดมั่นในความคิดตนเอง							

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตตามเกณฑ์การรักษา และการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยารักษาโรคจิต นับตั้งแต่ที่ท่านได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อความ และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง ประมาณเดือนละครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
<u>การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา</u> 1. ท่านหยุดยารักษาโรคจิตเองเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านลืมรับประทานยารักษาโรคจิต					
3. ……...					
4. ……...					
9……..					
<u>ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต</u> 10. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรง จากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
11……..					
12. . ……...					
14……..					
18……..					
19……..					

ภาคผนวก ค
จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เอกสารขอรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน

ที่ ศธ 0512.11/ 0559

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปรียนันท์ มารักษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางปรียนันท์ มารักษา
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ โทร. 08-6529-2103

ที่ ศธ 0512.11/ 0559

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ โทร. 08-6529-2103

ที่ ศธ 0512.11/ 0559

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. กชพงศ์ สารการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. กชพงศ์ สารการ
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ โทร. 08-6529-2103

ที่ ศธ 0512.11/ 0557

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ ธีระ ลีลานันทกิจ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
2. นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ธีระ ลีลานันทกิจ และนางเพชรี คันธสายบัว
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ โทร. 08-6529-2103

ที่ สธ ๐๘๐๘.๙/ ๗๕๓๓

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
๒๓ หมู่ ๘ ถนนพุทธมณฑลสาย ๔
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๗๐

๒๕ เมษายน ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๕๙๑ ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุ ๒๐-๕๙ ปี และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน ๑๔ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ดังรายละเอียดที่แจ้งแล้ว นั้น

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ดำเนินการพิจารณาและเห็นควรให้นิสิตดังกล่าว สามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างได้ตามที่กำหนด โดยประสานงานกับนางสาวสำราญ บุญรักษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์)
ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มพัฒนาวิชาการและจัดการความรู้
โทร ๐ ๒๘๘๙ ๙๐๖๖ ต่อ ๑๕๓๗
โทรสาร ๐ ๒๘๘๙ ๙๐๘๓

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

.....

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย นางสาวเวนิช บุราชรินทร์

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม ๒๕๕๓ – กันยายน ๒๕๕๔

เอกสารที่อนุมัติ

โครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน"

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

( )

(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ง

ตารางสถิติ

1. การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรนามมาตรา ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coefficient)

1.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรเพศ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.028	.753
N of Valid Cases		130	

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

1.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.250	.003
N of Valid Cases		130	

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

1.3 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.026	.770
N of Valid Cases		130	

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

2. การหาความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

Correlations

		VIOLENT	AGE	SUMPOST	SUMNEG	SUMCOMPL
VIOLENT	Pearson Correlation	1	-.294(**)	.379(**)	-.081	-.326(**)
	Sig. (2-tailed)	.	.001	.000	.359	.000
	N	130	130	130	130	130
AGE	Pearson Correlation	-.294(**)	1	.029	.078	.034
	Sig. (2-tailed)	.001	.	.741	.375	.701
	N	130	130	130	130	130
SUMPOST	Pearson Correlation	.379(**)	.029	1	.007	-.477(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.741	.	.936	.000
	N	130	130	130	130	130
SUMNEG	Pearson Correlation	-.081	.078	.007	1	-.152
	Sig. (2-tailed)	.359	.375	.936	.	.085
	N	130	130	130	130	130
SUMCOMPL	Pearson Correlation	-.326(**)	.034	-.477(**)	-.152	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.701	.000	.085	.
	N	130	130	130	130	130

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเวนิช บุราชรินทร์ เกิดเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2526 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เมื่อปี 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร