

ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท  
ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



นางสาวจอมขวัญ นามสูตร

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Depression and Violent Behavior of Schizophrenia Patients  
at Galya Rajanagarindra Institute

Miss Jomkwan Namsoot



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท  
ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

โดย

นางสาวจอมขวัญ นามสูตร

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(แพทย์หญิงวันทนา ถมคำพาณิชย์)

จอมขวัญ นามสูตร : ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับ  
การรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (Depression and Violent Behavior of  
Schizophrenia Patients at Galya Rajanagarindra Institute) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
หลัก: ผศ. นพ.ชัยชนะ นิมนวล, 118 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาหา  
ความชุก ความสัมพันธ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง และศึกษาความ  
แตกต่างของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี  
ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้า  
มาได้รับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 140 คน โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้ม  
ประวัติผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความ  
ช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบ  
ประเมินพฤติกรรมรุนแรง และสถิติที่ใช้ ได้แก่ Descriptive Statistic, Chi – Square Test และ  
Logistic Regression Analysis

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า (46.4%) และมีพฤติกรรมรุนแรง  
(32.9%) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ มีค่า Phi เท่ากับ  
0.11 และมีสัดส่วนของการมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีความสูง  
กว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เป็น 1.9 (OR = 1.9,  $x^2 = 2.76$ , p-value = 0.097) และ 1.3 เท่า (OR =  
1.3,  $x^2 = 0.55$ , p-value = 0.459) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ซึ่งการมีอาการข้างเคียงของ  
ยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้  
และปัจจัยที่ทำนายการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุราและประวัติการฆ่าตัวตาย

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2558

# # 5774011130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIA, FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS, DEPRESSION, VIOLENT BEHAVIOR

JOMKWAN NANSOOT: Depression and Violent Behavior of Schizophrenia Patients at Galya Rajanagarindra Institute. ADVISOR: ASST. PROF. CHAICHANA NIMNUAN, M.D., 118 pp.

The aims of this Cross-sectional descriptive study were to explore prevalence, relationship, and related factors of depression and violent behavior. Including to research about difference of depression and violent behavior both schizophrenia patients and forensic schizophrenia patients at Galya Rajanagarindra Institute. The data were collected from 140 schizophrenia patients. Questionnaire included: 1) Copying data from patient records; 2) General background; 3) Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS); 4) The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS); 5) Overt Aggression Scale (OAS). Data were analyzed by Descriptive Statistic, Chi – Square Test and Logistic Regression Analysis.

The Results showed that Schizophrenia patients had depression (46.4%) and violent behavior (32.9%). The strength of relationship between depression and violent behavior was low with Phi value at 0.11. Forensic schizophrenia patients had higher likelihood of having depression also violent behavior than these without 1.9 (OR = 1.9,  $x^2 = 2.76$ , p-value = 0.097) and 1.3 times (OR = 1.3,  $x^2 = 0.55$ , p-value = 0.459), respectively. Side effects of medicines, family's relationship, and social support could predict depression as well as associated factors with violent behavior were alcohol and suicide.

Department: Psychiatry

Student's Signature .....

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2015

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ. ดร. นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ ค่อยติดตามการดำเนินการทำวิจัย ให้คำแนะนำ และแนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ. พญ.รัศเมน กัลยาศิริ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพญ.วันทดา ถมคำพาณิชย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลภายในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ขอขอบคุณบุคลากรของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติของผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลงได้ เนื่องจากพระคุณของคุณพ่อคุณแม่ที่เป็นกำลังสำคัญที่สนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาสุขภาพจิต รุ่นที่ 27 ทุกคน รวมถึงอัญมณี ศุภรเสพย์ สำหรับการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และมิตรภาพที่ดีเสมอมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญรูปภาพ.....	1
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives).....	5
สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis).....	5
ขอบเขตการวิจัย (Conceptual Study).....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definitions).....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Express Benefit and application).....	8
บทที่ 2 .....	9
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
ตอนที่ 1 โรคมะเร็ง .....	9
1.1 ความหมาย .....	9
1.2 กลุ่มอาการ .....	10
1.3 การวินิจฉัยโรค.....	11

1.4 การรักษาโรค .....	12
1.5 การดำเนินโรค .....	13
1.6 อาการข้างเคียงของยาจิตเวช .....	14
ตอนที่ 2 นิติจิตเวช .....	15
2.1 ความหมาย .....	15
2.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช .....	15
2.3 คำศัพท์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับนิติจิตเวช .....	17
ตอนที่ 3 ภาวะซึมเศร้า .....	19
3.1 ความหมาย .....	19
3.2 อาการและอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า .....	20
3.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต .....	21
3.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท .....	24
3.5 เครื่องมือที่ใช้ประเมิน .....	26
ตอนที่ 4 พฤติกรรมรุนแรง .....	27
4.1 ความหมาย .....	27
4.2 ประเภทพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช .....	27
4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช .....	29
4.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมิน .....	32
ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	33
5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า .....	33
5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง .....	36
5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง .....	41
บทที่ 3 .....	42



วิธีดำเนินการวิจัย .....	42
รูปแบบการวิจัย (Research Design) .....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	42
เครื่องมือที่ใช้วัด.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) .....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) .....	48
บทที่ 4 .....	50
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	50
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้า มารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ .....	59
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้า มารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ .....	61
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง กับการมีคดี ความทางกฎหมาย.....	62
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ .....	63
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของภาวะ ซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง .....	71
บทที่ 5 .....	72
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
1. การเกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง.....	73

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง.....	75
3. ความแตกต่างของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง กัยการมีคตีความทางกฎหมาย....	75
4. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซีมเศร้า.....	77
5. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง.....	81
ข้อจำกัดการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ.....	84
รายการอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก.....	95
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	118



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภท.....	13
ตารางที่ 2	ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท .....	35
ตารางที่ 3	ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท.....	40
ตารางที่ 4	สรุปวิธีการเก็บข้อมูล (Data Collection) .....	47
ตารางที่ 5	ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราช นครินทร์.....	52
ตารางที่ 6	คติความของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์....	57
ตารางที่ 7	สัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งตามความรุนแรง .....	59
ตารางที่ 8	สัดส่วนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท .....	60
ตารางที่ 9	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.....	61
ตารางที่ 10	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง กับการมีคติความใน ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ .....	62
ตารางที่ 11	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับภาวะซึมเศร้า .....	63
ตารางที่ 12	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง .....	67
ตารางที่ 13	การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของภาวะซึมเศร้า Model สุดท้าย .....	71
ตารางที่ 14	การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของพฤติกรรมรุนแรง Model สุดท้าย.....	71

## สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
ภาพที่ 2 : Histogram แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้า.....	59
ภาพที่ 3 : Histogram แสดงคะแนนพฤติกรรมรุนแรง .....	60



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale)

โรคจิตเภท (Schizophrenia)<sup>(1)</sup> เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบขึ้นเป็นช่วง ๆ ในขณะที่อาการกำเริบจะแสดงอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังจะแสดงอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา และแยกตนเอง โรคจิตเภทจึงกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สามารถพบได้มากที่สุดในการบรรดาโรคจิตทั้งหมด และสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกระดับการศึกษา ทุกอาชีพ และทุกเศรษฐานะ<sup>(2)</sup> ซึ่งจากการศึกษาถึงภาระโรค (Burden of disease) โดยหน่วยงานของ Disability Adjusted year ในปี ค.ศ. 1999 ชี้ให้เห็นว่า ภาระโรคทางจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่พบอยู่ 1 ใน 10 โรคแรกที่เป็นสาเหตุของการพิการมากที่สุด โดยมีการคาดการณ์ว่า ภาระโรคทางจิตจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.0 ของ DALYs LOST ภายในปี พ.ศ. 2563<sup>(3)</sup>

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้มีการคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ว่าเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น โดยประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน จะมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยปัญหาสุขภาพจิตนั้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและคุณภาพชีวิต<sup>(4)</sup> เนื่องจากอัตราการเพิ่มผู้ป่วยจิตเวชที่จะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในอนาคต ในวันสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Day) ปีพ.ศ. 2557 จึงได้ให้ความสำคัญกับการอยู่ร่วมกับโรคจิตเภท “Living with schizophrenia” เนื่องจากทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทถึง 26 ล้านคน ขณะที่ประเทศไทย<sup>(5)</sup> มีรายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ของโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด เป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 388,690 และ 388,369 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชทั้งหมด 21,511 และ 20,634 ราย ตามลำดับ<sup>(4)</sup>

จากการสำรวจภาวะโรคจิตเภทระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 พบว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลกระทบต่อความพิการเรื้อรังเป็นภาระทางสังคม และมีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับต่ำ<sup>(4)</sup> จึงสามารถอธิบายได้ว่าการเข้าถึงการรับบริการทางจิตเวชยังไม่เพียงพอ กับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทยังไม่แพร่หลาย จึงยังคงมีผู้ป่วย

และญาติบางส่วนที่ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยและหันไปพึ่งพิงไสยศาสตร์แทนการเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องในแผนกจิตเวช ซึ่งการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลับมาป่วยซ้ำจนกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้การกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยมักจะตามมาด้วยการก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอยู่เสมอ จนบางรายมีการกระทำผิดที่เกิดเป็นคดีความขึ้นมาทั้งที่เป็นคดีเล็กน้อยจนถึงคดีที่รุนแรง โดยปัญหาอาชญากรรมที่เกิดขึ้นทุกวันนี้ จะพบว่าส่วนหนึ่งของผู้ก่ออาชญากรรมนั้นมีปัญหาทางจิตเวช ซึ่งถือว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่นับวันยิ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้นไม่บ่อยนักเมื่อเปรียบเทียบกับ การกระทำผิดจากบุคคลที่สภาพจิตปกติ แต่ทุกครั้งที่เกิดคดีขึ้นก็มักจะเป็นประเด็นสะเทือนขวัญในสังคมได้ทุกครั้ง ดังที่ปรากฏตามข่าวหนังสือพิมพ์<sup>(6)</sup>

ในปีงบประมาณ 2555-2557 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีผู้ที่เข้ามารับการบริการทางด้านนิติจิตเวช จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด 1,249 , 1,330 และ 1,404 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยนอกที่ให้บริการในเรือนจำทั้งหมด 144 , 201 และ 198 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด 128 , 140 และ 92 ราย ตามลำดับ<sup>(7)</sup> โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของ Tengstrom A และคณะ<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการกระทำผิดทางอาญา พบว่า ในบรรดาผู้ที่กระทำผิดที่เป็นโรคจิตเภท จะมีการก่ออาชญากรรมสูงขึ้นและมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ และสอดคล้องกับ Fazel S และคณะ<sup>(9)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาโรคจิตเภท สารเสพติด และอาชญากรรมรุนแรง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการกระทำอาชญากรรมรุนแรง เป็น 4-6 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การก่อคดีความทางกฎหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้เสมอ เนื่องจากการศึกษาของ Fazel S และคณะ<sup>(10)</sup> ที่ได้ศึกษาโรคจิตเภทและพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดการฆาตกรรมในบุคคลที่มีอาการทางจิตเป็น 0.3% เมื่อเทียบกับ 0.02% ในประชากรทั่วไป และการมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือมีผลการวินิจฉัยโรคจิตเวชที่ชัดเจน ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการก่อความรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสมีพฤติกรรมรุนแรงได้ทุกช่วงของชีวิต (lifetime) โดยการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงที่จะก่อคดีรุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไป<sup>(11)</sup>

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย คนรอบข้าง และทรัพย์สิน เนื่องจากปัญหาการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ เช่น ผู้ป่วยมีประสาทหลอนทางหูที่มักจะได้ยินเสียงสั่งให้ฆ่าตัวเองหรือฆ่าผู้อื่น มีความคิดที่หลงผิด มีความรู้สึกหวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายตนเอง<sup>(6)</sup> ดังนั้น

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่สังคมควรให้การช่วยเหลืออย่างทันทีทันใด ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชของ มณฑาทิพย์ ชัยเปรม<sup>(12)</sup> พบว่า ความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 42.5 โดยมีลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวได้ทั้งทางคำพูดและการกระทำ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Singh JP และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ได้ศึกษาพันธุกรรมในส่วน Val158Met COMT Polymorphism และพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 40.1 และในทำนองเดียวกัน การศึกษาอื่นๆ ที่ถูกรวบรวมโดย Hodgins S และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว การตกเป็นเหยื่อ และอาชญากรรมรุนแรง ในผู้ป่วยโรคจิตที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า ในช่วงเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีอัตราการรายงานพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายต่อผู้อื่น ตั้งแต่ 8-77% และมีอัตราการใช้ความรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้อื่น ตั้งแต่ 0-40% และนอกจากพฤติกรรมรุนแรงทางด้านคำพูดและพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่นดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น Yudofsky และคณะ<sup>(15)</sup> ยังได้กล่าวรวมไปถึงพฤติกรรมรุนแรงอีก 2 ประเภท คือ พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ<sup>(16)</sup> ที่พบว่า การฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งความรุนแรงที่จะกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงคือการกระทำ ความรุนแรงต่อตนเอง เช่น การทำร้ายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตาย เป็นต้น โดยกรมสุขภาพจิตได้ชี้ให้เห็นว่าการจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 21 ของประชากรโลก และ องค์การอนามัยโลก ทำนายว่า ในปี ค.ศ. 2020 อาการซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก สำหรับประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังอาการซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต รง 506 D.S พบว่าในปี พ.ศ. 2550 จำนวนผู้ที่มีอาการซึมเศร้าสูงถึง 9,776 ราย และในปี พ.ศ. 2551 จำนวนผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 11,008 ราย<sup>(17)</sup> และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตได้พยายามพัฒนาระบบการดูแลอาการซึมเศร้าทั้งประเทศ แต่อัตราผู้ที่มีอาการซึมเศร้าไม่ได้เข้ารับบริการมีอัตรา มากกว่า 1.1 ล้านคน<sup>(4)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าราว 4-5 ล้านคนของจำนวนประชากร มีทุกข์เพราะโรคซึมเศร้า แต่มีเพียง 20 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยา จิตบำบัด และสังคมบำบัด<sup>(18)</sup> ซึ่งประเด็นที่สังคมควรตระหนักนอกจากความรุนแรงนั้นก็คือ อาการซึมเศร้า เนื่องจากอาการซึมเศร้าไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับคนที่ปกติเท่านั้น แต่ยังสามารถเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชได้เช่นกัน โดยการศึกษาในต่างประเทศ<sup>(19)</sup>พบว่า อาการซึมเศร้าเป็นลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ประมาณ

ร้อยละ 25 สูงกว่าอัตราของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับประชากรทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษา Buckley PF และคณะ<sup>(20)</sup> ที่ได้ศึกษาโรคร่วมและโรคจิตเภท และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีความชุกอยู่ที่ 50% ซึ่งถือได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่าครึ่งหนึ่งจะมีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชหรือโรคทางกาย<sup>(21)</sup> และจากการศึกษาในประเทศไทยของสุนันทา ศรีสาคร<sup>(22)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.0 รวมถึงการศึกษาของ Addington D และคณะ<sup>(23)</sup> ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายอีกด้วย

คนที่มีอาการทางจิตเป็นบุคคลที่ยากเกินจะคาดเดาสำหรับบุคคลทั่วไป จึงทำให้บุคคลทั่วไปเกิดความกลัวที่จะกลายเป็นเหยื่อของการกระทำความรุนแรงจากผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ของประชาชนเป็นเสมือนการเพิ่มตราบาปให้แก่ผู้ป่วย และการปฏิเสธที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลทั่วไปล้วนแล้วแต่จะกระทบต่อการดำเนินโรคและการรักษา<sup>(24)</sup> ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อเป็นการกระจายข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาของ Swanson JW และคณะ<sup>(25)</sup> เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระดับชาติ พบว่า พฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hodgins S และคณะ<sup>(26)</sup> ที่มีหลักฐานยืนยันว่าหากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการในเชิงบวกร่วมกับเกิดภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเชื่อมโยงกันระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการวิจัยใดที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงควบคู่กัน อีกทั้งการวิจัยในประเทศไทยมีการศึกษาในส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติน้อยมาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติ

### คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีเท่าไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นอย่างไร



3. ภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
4. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อหาความชุกของภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

### สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

### ขอบเขตการวิจัย (Conceptual Study)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซีมีเศร่า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวนทั้งสิ้น 140 คน โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีตัวแปรที่จะศึกษาดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ คดีความทางกฎหมาย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการฆ่าตัวตาย

2. ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย ประเภทของการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงของยา
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent variable)

1. ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

### การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definitions)

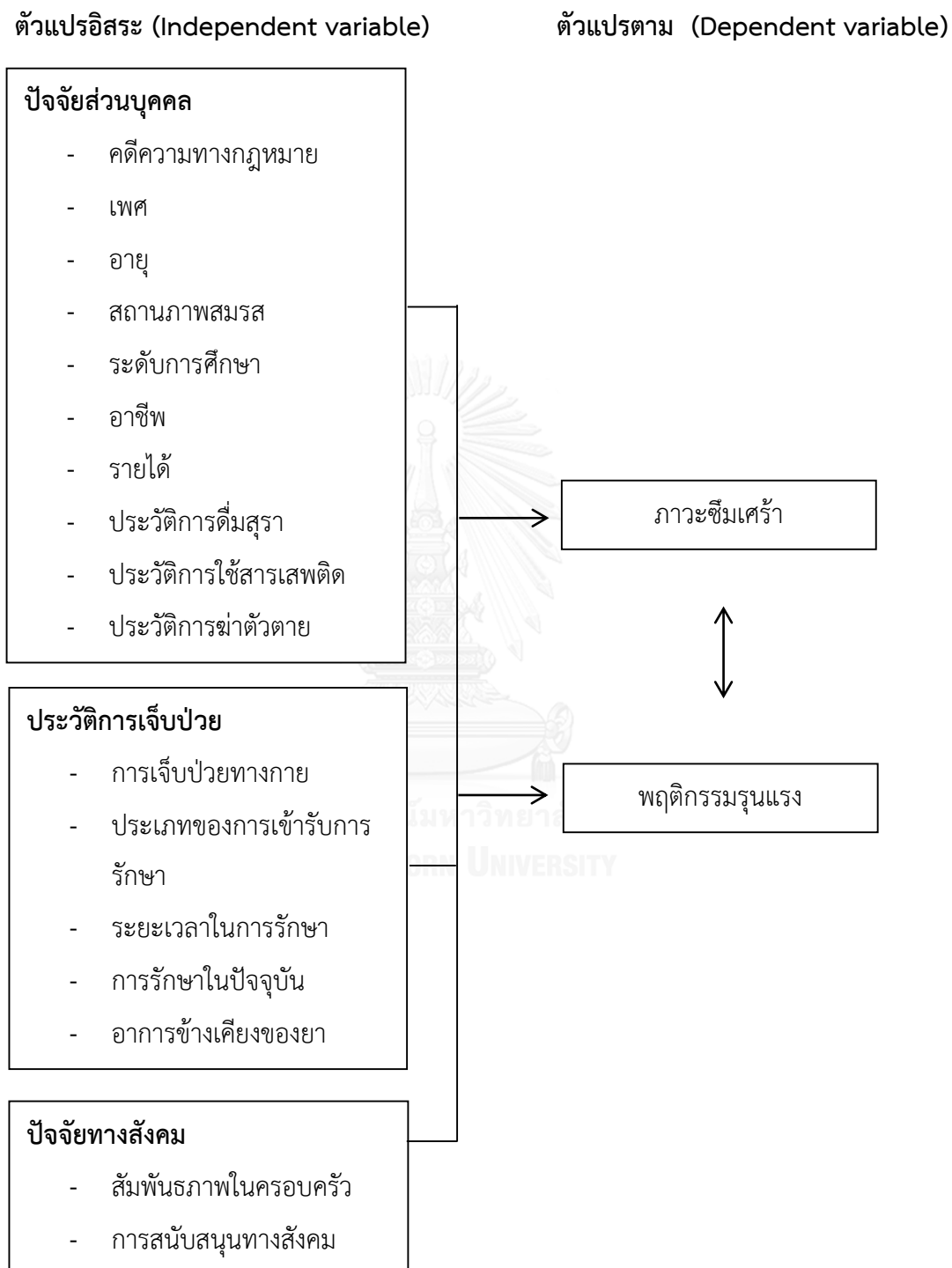
ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM-5 ที่มารับบริการในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี (Forensic psychiatric patients with schizophrenia) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM-5 ซึ่งผู้ป่วยมีการกระทำที่ผิดกฎหมาย ถูกดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรม และได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ ศาล และเรือนจำ ให้มารับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง สภาวะจิตใจที่เศร้าหมอง เสียใจ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า แยกตัว เจ็บซึม ต่ำหนืดตนเอง มองโลกในแง่ร้าย และมีอาการร่วมในด้านทางกาย เช่น เชื่องช้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดอารมณ์ทางเพศ อาการดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องกันมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนรวมจากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน

พฤติกรรมรุนแรง (Violent behavior) หมายถึง การแสดงออกด้านอารมณ์หรือการกระทำที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาทางคำพูด กิริยาท่าทาง หรือทั้งสองอย่างพร้อมกัน โดยส่งผลกระทบต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อทรัพย์สิน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายทรัพย์สิน อาการดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องกันมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนจากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale) ตั้งแต่ 1 คะแนน ขึ้นไป

## กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดการวิจัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Express Benefit and application)

เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการวิจัยสามารถนำไปใช้โดยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ สำหรับวางแผนการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกัน ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนี้ได้เสนอแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1 โรคจิตเภท** ประกอบด้วย ความหมาย กลุ่มอาการ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การดำเนินโรค และ อาการข้างเคียงของยาจิตเวช

**ตอนที่ 2 นิติจิตเวช** ประกอบด้วย ความหมาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช และ คำศัพท์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับนิติจิตเวช

**ตอนที่ 3 ภาวะซึมเศร้า** ประกอบด้วย ความหมาย อาการและอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

**ตอนที่ 4 พฤติกรรมรุนแรง** ประกอบด้วย ความหมาย ประเภทของพฤติกรรมรุนแรง สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

**ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** ประกอบด้วย งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง

### ตอนที่ 1 โรคจิตเภท

#### 1.1 ความหมาย

ความหมายของ ICD-10-TM (The International Classification of Diseases-10-TM) ขององค์การอนามัยโลก<sup>(27)</sup> ได้นิยามโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การควบคุมตนเอง การแสดงออกของพฤติกรรม ความผิดปกติทางความรู้สึก หรือการตอบสนองทางอารมณ์ และการเชื่อมโยงทางความคิด<sup>(28)</sup> โดยมีการแตกแยกของกระบวนการคิด (Thought process) แต่อย่างไรก็ตามระดับความรู้สึกตัว สติสัมปชัญญะ และเขาว์ปัญญาของผู้ป่วยมักจะยังปกติอยู่<sup>(29)</sup>

โรคจิตเภท<sup>(30)</sup> (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุดมีความเรื้อรัง และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและความสามารถต่างๆไปได้มากที่สุด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้นี้มักจะต้อง

รับการรักษาลดลงไป อาการที่พบจะพบได้ทั้งอาการหลงผิดหูแว่ว ประสาทหลอน และความคิดที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่จัดอยู่ในกลุ่มของอาการความผิดปกติทางสมอง (Mental Disorder Syndromes)

โรคจิตเภท<sup>(31)</sup> (Schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม

## 1.2 กลุ่มอาการ

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอาการทางคลินิกหลายอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มอาการสำคัญดังนี้<sup>(32, 33)</sup>

1. อาการด้านบวก (Positive Symptom) หมายถึง อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป อาการจะเกิดขึ้นเร็ว และพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบได้แก่
  - a. อาการหลงผิด (Delusion) คือ ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และความเชื่อนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
  - b. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)
  - c. อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยคือ อาการหูแว่ว (auditory hallucination) เห็นภาพหลอน (visual hallucination)
  - d. Schneiderian first rank symptom เป็นกลุ่มอาการสำคัญที่มีทั้งประสาทหลอนและอาการหลงผิด พบในโรคจิตเภทมากกว่าโรคจิตชนิดอื่น
  - e. ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) ผู้ป่วยจะพูดไม่ค่อยเข้าใจ ทำให้คนอื่นไม่อยากจะพูดคุยกับผู้ป่วย
  - f. ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) ร้องเอะอะโวยวาย ตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement) มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรือ catatonia จนเกิดพฤติกรรมผิดปกติรุนแรง แปลกประหลาด (Gross disorganized หรือ Bizarre behavior)<sup>(34)</sup>

2. อาการด้านลบ (Negative symptom) หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง<sup>(23)</sup> อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค<sup>(35-37)</sup> ได้แก่
  - a. อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (flat, blunt, or restrict affect) คือการไม่มีหรือการลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ลดลง
  - b. การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ หรือ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสังคม (passive / apathetic social withdrawal)
  - c. มีความคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (stereotyped thinking) ขาดความกระตือรือร้น (avolition) หรือเฉื่อยชา (physical anergia)
3. อาการด้านความคิด การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การรับรู้ (Cognitive change) ผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่งลง มีปัญหาความจำ ตีความไม่ได้ คิดเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (difficulty in abstract thinking) หรือความสามารถในการบริหารจัดการเสีย (executive function) ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน<sup>(38)</sup> การตัดสินใจเสีย และเรียนรู้สิ่งใหม่ไม่ได้
4. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยอาจรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ (dysphoria) มีภาวะซึมเศร้า (depression) หมดกำลังใจจากอาการโรคที่เกิดขึ้น

ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>(39)</sup> และแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีความผิดปกตินานเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว<sup>(40)</sup> อีกทั้งการดำเนินโรคของโรคจิตเภทยังสามารถเป็นได้ทั้งแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นช่วงๆ หรือมีอาการตลอดเวลา หรือเป็นเพียงหนึ่งถึงสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์<sup>(41)</sup>

### 1.3 การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-5 และ ICD-10-TM<sup>(32, 35, 42)</sup>

- A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ ในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษา) และอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ต้องเป็นอาการในข้อ 1,2 หรือ 3
  1. อาการหลงผิด (delusion)

2. ประสาทหลอน (hallucination)
  3. ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)
  4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior)
  5. อาการด้านลบ (negative symptom)
- B. มีปัญหาด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง
- C. มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งต้องมีช่วงที่มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 1 เดือน โดยช่วงที่เหลือซึ่งเป็นระยะอาการนำหรืออาการหลงเหลืออาจมีเพียงอาการด้านลบอย่างน้อย 2 อาการในข้อ A. ที่เหลืออยู่เพียงเบาบาง เช่น มีความคิดหรือประสบการณ์การรับสัมผัสที่แปลกๆ
- D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรค schizoaffective disorder และโรคในกลุ่มซึมเศร้า หรือ bipolar disorder ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย
- E. อาการไม่ได้เป็นจากยา หรือสารเสพติด หรือโรคทางกาย
- F. หากมีประวัติของโรค autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นในวัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเป็นอาการเด่นเพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผลดี)

#### 1.4 การรักษาโรค

##### 1. การใช้ยารักษา<sup>(43)</sup>

- 1.1 ยารักษาโรคจิต (antipsychotic) เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา เพื่อควบคุมอาการทางจิตและลดอาการกำเริบ แบ่งเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม typical ได้แก่ Pimozide, Thioridazine, Zuclopentixol, Flupentixol, Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol, Perphenazine และ Trifluoperazine และกลุ่ม atypical ได้แก่ Risperidone และ Clozapine



1.2 ยาในกลุ่มอื่น เช่น ยา benzodiazepine มีประโยชน์สำหรับช่วงอาการในระยะสั้น หรือยาต้านเศร้า (antidepressant) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ได้แก่ Amitriptyline, Fluoxetine, Nortriptyline และ Sertraline

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy; ECT)<sup>(44)</sup> คือ การกระตุ้นสมองด้วยกระแสไฟฟ้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชัก ซึ่งการชักทำให้อาการโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภททุเลาลง

3. การรักษาทางจิตและสังคม (psychosocial treatment)<sup>(45, 46)</sup> เป็นส่วนสำคัญของการรักษาที่ทำคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ที่แพทย์ใช้ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย รวมทั้งปรับลักษณะสภาพแวดล้อมให้กระตุ้นน้อย มีความเครียดน้อย และมีการสนับสนุนช่วยเหลือเต็มที่ ซึ่งการรักษามีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค (psychoeducation) กลุ่มบำบัด (group therapy) การให้คำปรึกษารอบครอบครัวหรือครอบครัวบำบัด (Family counselling or therapy) จิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal psychotherapy : IPT) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills therapy) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นต้น

### 1.5 การดำเนินโรค

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเป็นๆหายๆ แต่ละรายมีการดำเนินโรคแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มักไม่หายเป็นปกติ โดยผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายจะมีพยากรณ์โรคไม่เหมือนกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายๆอย่าง ซึ่งสรุปได้ดังตาราง<sup>(32)</sup>

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภท

ปัจจัย	การพยากรณ์โรค ดี	การพยากรณ์โรค ไม่ดี
เพศ	หญิง	ชาย
สถานภาพสมรส	สมรส	โสด หย่า หรือหม้าย
อาการด้านอารมณ์	มี	ไม่มี
กลุ่มอาการ	ด้านบวก	ด้านลบ
หน้าที่การงานเดิม	ดี	ไม่ดี
ประวัติครอบครัว	มีโรคทางอารมณ์	มีโรคจิตเภท
ญาติผู้ดูแลช่วยเหลือ	มี	ไม่มี
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มี	มี

อาการและลำดับความเป็นไปของโรค โดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 4 ระยะ<sup>(30, 47)</sup> คือ

1. ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือระบบความคิดเล็กน้อย ซึ่งอาจมีความผิดปกติที่พบเห็นได้ เช่น การแยกตัว ไม่ค่อยมีเพื่อนสนิท คิดหรือตัดสินใจแปลกไปจากผู้อื่น ทั้งนี้สังเกตเห็นได้แต่ไม่รบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน
2. ระยะอาการนำ (Prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในด้านบวกแบบเล็กน้อย (attenuated positive symptoms) บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้องแบบแปลกๆ มีการเสื่อมลงในการทำงานด้านต่างๆหรือการเรียน ญาติและคนใกล้ชิดเริ่มกังวลและเห็นว่าผู้ป่วยไม่เหมือนเดิม
3. ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยอาจเกิดอาการแบบรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไปแล้วแต่กรณี แต่หากไม่ได้รับการรักษาระยะนี้อาจหายไปหรือเป็นต่อเนื่องไปตลอดก็ได้
4. ระยะเรื้อรังหรืออาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) ในระยะนี้ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ อาการที่เป็นคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการแต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนกับในช่วงแรก ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงไปเรื่อยๆ โดยอาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง แต่อาการด้านลบกลับจะมีความเด่นชัดขึ้นในระยะหลัง

## 1.6 อาการข้างเคียงของยาจิตเวช

ยารักษาโรคจิตเวชแต่ละกลุ่มจะมีฤทธิ์ในการรักษาแตกต่างกัน ด้วยการออกฤทธิ์ของยาจิตเวชที่เข้าไปทำปฏิกิริยาต่อร่างกาย จะส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงต่อร่างกายคล้ายๆกัน โดยขึ้นอยู่กับฤทธิ์ของ receptor ชนิดต่างๆ ซึ่งอาการข้างเคียงที่มักจะพบในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาจิตเวช มีดังนี้<sup>(30, 48)</sup>

ผลข้างเคียงทั่วไปเกี่ยวกับระบบในร่างกาย

- ยาบางชนิดอาจพบอาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว ผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด
- ความดันโลหิตตก หรือมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

### ผลข้างเคียงเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

1. Parkinsonism มีลักษณะกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาย มือสั่นน้ำลายไหล ต้วงอหลังค่อม
2. tardive dyskinesia มีลักษณะลิ้นจุกปาก แก้มพอง เคี้ยวปาก ย่นหรือท่อนริมฝีปาก ไม่สามารถควบคุมหน้า มือ ลิ้น และปาก (buccolingual) ได้ มีการเคลื่อนไหวแบบวาดแขนขาไปมา ลำตัวบิดไปมา มีอาการขยับหรือการเคลื่อนไหวชากรรไกร
3. Acute dystonia มีลักษณะกล้ามเนื้อมัดใหญ่เกร็งบิดเกิดขึ้นภายในสัปดาห์แรกที่ได้รับยา
4. Akathisia มีลักษณะกระวนกระวายในใจ อยู่ไม่นิ่ง ยืน/เดิน/นั่ง/นอนไม่ติดที่ หรืออาจมีการชอยเท้าไปมา

## ตอนที่ 2 นิติจิตเวช

### 2.1 ความหมาย

นิติจิตเวช (Forensic Psychiatry or Law and Psychiatry) แปลตามศัพท์โดยตรง หมายถึง วิชาจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย<sup>(49)</sup> กล่าวคือ เป็นการนำกฎหมายเข้ามาช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา การได้รับการคุ้มครองสิทธิของความเป็นมนุษย์ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยการนำความรู้ทางจิตเวชมาช่วยตรวจวินิจฉัยผู้ต้องหา และการบำบัดรักษาผู้ต้องหาที่อยู่ในระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณาคดี หรือภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา เพื่อให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ไม่ตกอยู่ในภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือสังคม ตามประมวลกฎหมายดังต่อไปนี้<sup>(50)</sup>

### 2.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 โดยเริ่มบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ ตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีเจตนารมณ์ในการที่จะคุ้มครองปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชน คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช<sup>(50)</sup>

## 1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

มาตรา 14 วรรคหนึ่งและวรรคสอง กล่าวคือ ในระหว่างทำการสอบสวนของพนักงานสอบสวน หรือ ในระหว่างการดำเนินคดีในชั้นศาล ถ้าพนักงานสอบสวนหรือศาลสงสัยว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี งดการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือสั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจบุคคลที่ต้องสงสัยเป็นผู้วิกลจริต เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์มาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

มาตรา 246 (1) แห่งประมวลวิธีพิจารณาความอาญานั้น กล่าวคือ กรณีที่ผู้ได้รับโทษจำคุกแล้วเกิดวิกลจริตขึ้น กฎหมายบัญญัติให้ตัวจำเลย สามี ภริยา ญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำหรือเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ร้องขอต่อศาลให้ทุเลาโทษจำคุกไว้ก่อน จนกว่าความวิกลจริตจะหมดไป ในระหว่างนั้น ศาลจะสั่งให้ผู้วิกลจริตนั้นอยู่ในความควบคุมในสถานที่อันควรนอกเรือนจำก็ได้ สถานที่อันควรดังกล่าวนี้ จะเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง\* และต้องกำหนดวิธีการควบคุมและบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของจำเลย ตลอดจนกำหนดมาตรการ เพื่อป้องกันการหลบหนีหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นตามกฎกระทรวง

## 2. ประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 48 กล่าวคือ ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะไม่เป็นการปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมไว้ในสถานพยาบาลก็ได้และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา 49 กล่าวคือ ในกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือพิพากษา ว่ามีความผิด แต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นได้กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับการเสพสุราเป็นอาจิน หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่า บุคคลนั้นจะต้องไม่เสพสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งสองอย่าง ภายในระยะเวลาไม่เกินสองปี นับแต่วันพ้นโทษหรือวันปล่อยตัว เพราะรอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษก็ได้

มาตรา 56 กล่าวคือ กรณีที่ศาลเห็นสมควรที่จะรอการกำหนดโทษไว้หรือกำหนดโทษ แต่รอการลงโทษ แล้วปล่อยตัวไป โดยศาลอาจกำหนดเงื่อนไข คุมความประพฤติของผู้กระทำความผิดนั้น โดยให้ผู้นั้นไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด และหากศาลกำหนดให้ไปรักษาในสถานบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษาก็ต้องปฏิบัติตามมาตรานี้

มาตรา 65 กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้กระทำความผิด ในขณะที่ทำไม่สามารถรับรู้หรือบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่ต้องรับโทษสำหรับการกระทำความผิดในคดีอาญา

### 3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต

มาตรา 35 กล่าวคือ ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลสงสัยว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตหรือไม่ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งผู้ต้องหาหรือจำเลย ไปรับการตรวจที่สถานบำบัดรักษา พร้อมทั้งระบุพยานและรายละเอียดพฤติการณ์ที่มีเหตุควรเชื่อว่า ผู้นั้นเป็นผู้วิกลจริต และให้จิตแพทย์รายงานผลการตรวจวินิจฉัยและการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 36 กล่าวคือ ในกรณีที่ศาลหรือพนักงานสอบสวนสั่งให้แพทย์ทำการตรวจผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นบุคคลวิกลจริต โดยส่งมายังสถานบำบัด ให้สถานบำบัดควบคุมรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยได้โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องหาหรือจำเลยจนกว่าจะอาการจะหายหรือทุเลาจนสามารถต่อสู้คดีได้

มาตรา 37 กล่าวคือ ในกรณีที่ศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีไปคุมตัวหรือรักษาไว้ในสถานพยาบาลตามมาตรา 48 และมาตรา 49 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายอาญา หรือตามมาตรา 246 (1) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาชญา ให้ศาลส่งสำเนาคำสั่งไปพร้อมกับผู้ป่วยคดีและให้สถานบำบัด รักษาผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี

มาตรา 38 กล่าวคือ ในระหว่างการบำบัดรักษาตามมาตรา 37 เมื่อจิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาเห็นว่าผู้ป่วยคดีได้รับการบำบัดรักษาจนความผิดปกติทางจิตหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้จิตแพทย์รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยคดีดังกล่าวออกจากสถานพยาบาลต่อศาล

มาตรา 39 กล่าวคือ ในกรณีที่ศาลเห็นสมควรที่จะรอกการกำหนดโทษไว้ หรือกำหนดโทษแต่รอกการลงโทษ แล้วปล่อยตัวไป ศาลอาจกำหนดเงื่อนไขคุมความประพฤติของผู้กระทำความผิดนั้น โดยให้ผู้นั้นไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด และจิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาต้องรายงานผลการบำบัดรักษา และหากจิตแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไป ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาล

### 2.3 คำศัพท์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับนิติจิตเวช

**ความผิดปกติทางจิต**<sup>(51)</sup> (ตามความหมายทางกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑) หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

ความหมายของคำว่า “**ความผิดปกติทางจิต**”<sup>(50)</sup> ในกฎหมายฉบับนี้นิยามให้หมายถึง ความผิดปกติทางจิตในบางกลุ่มเท่านั้น มิได้หมายถึงความผิดปกติทุกประเภท (Mental Disorder) ที่จัดแบ่งไว้ใน การแบ่งแยกของโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกครั้งล่าสุด (International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision 1992 หรือ ICD 10) แต่กลุ่มที่น่าจะอยู่ในความหมายของความผิดปกติทางจิต ตามคำนิยามข้างต้น ได้แก่

1. กลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมอง (Organic symptomatic mental disorder) เช่น กลุ่มสมองเสื่อม (Dementia) และโรคต่างๆ ของสมองที่มีอาการทางจิต
2. กลุ่มความผิดปกติทางจิต ที่เป็นโรคจิตเภทและหลงผิด
3. กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood or affective disorders)
4. กลุ่มปัญญาอ่อน (Mental retardation)
5. กลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สุราและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งรวมยาเสพติดทั้งหลายด้วย

ความผิดปกติทางจิตกลุ่มอื่น ๆ น่าจะไม่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ตามความหมายในพระราชบัญญัตินี้

การตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช<sup>(52)</sup> หมายถึง การวินิจฉัยโรคทางนิติจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยนิติจิตเวช ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก/จิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีวบำบัด

ผู้ป่วยนิติจิตเวช หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชและมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมหรือความเป็นธรรมทางสังคม<sup>(53)</sup> โดยบุคคลไปกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่กฎหมายระบุว่าเป็นความผิดและต้องรับโทษ เพื่อเป็นการให้ความเป็นธรรม ศาลจำเป็นต้องให้แพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญ ทำการตรวจวินิจฉัยแล้วแจ้งให้ศาลทราบ หรือเรียกตัวแพทย์ไปให้ปากคำในศาล เช่น ผู้กระทำผิดวิกลจริตมาตั้งแต่เมื่อไร ความวิกลจริตนั้นมีมากน้อยเพียงใด เป็นตลอดเวลาหรือเป็นๆ หายๆ และขณะกระทำผิดวิกลจริตหรือไม่ สามารถรับรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้มากน้อยเพียงใด จะต้องใช้เวลารักษานานแค่ไหน ถ้าปล่อยให้อยู่ภายนอกจะเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด เป็นต้น<sup>(54)</sup>

ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) จะสามารถแบ่งผู้ป่วยจิตเภทออกได้เป็น 2 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรง โดยกลุ่มแรกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ก่ออาชญากรรมจากการแสดงออกของการไร้ความสามารถ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่มีความรู้สึกบกพร่องในการตัดสินใจ มีเศรษฐกิจฐานะยากจน และก่อให้เกิดการกระทำผิดซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำคุกบ่อยๆ ด้วยคดีความที่ไม่ค่อย

รุนแรง ส่วนผู้ป่วยจิตเภทอีกกลุ่มหนึ่งที่ก่ออาชญากรรมจากความรู้สึกกลัวอย่างมาก มีการสูญเสียการควบคุมตนเอง ร่วมกับ มีความคิดหลงผิด หวาดระแวงอย่างเป็นระบบ เช่น ความคิดหลงผิดที่เป็นเรื่องราวสอดคล้องกับความเชื่อเดิมของผู้ป่วย และมักจะทำร้ายศัตรูก่อน เพื่อเป็นการปกป้องตนเอง ตามความคิดหลงผิดดังกล่าว เป็นต้น มีอาการประสาทหลอนโดยกระทำตามเสียงประสาทหลอน มีอาการบ้ำคลั่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ อีกทั้งผู้ป่วยมีการแสดงออกของการกระทำที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น บุคคลอื่นทำให้โกรธในเรื่องเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจตอบโต้ด้วยการฆ่า หรือขบถอยู่คนเดียวและขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อม ซึ่งโดยรวมแล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ก่ออาชญากรรมรุนแรงจะมีอาการตื่นเต้นอะอะวุ่นวายอย่างมาก มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำอันตรายต่อผู้อื่นได้โดยไม่มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี<sup>(55)</sup>

จากการทบทวนสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับนิติจิตเวช ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี (Forensic psychiatric patients with schizophrenia) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM-5 ซึ่งผู้ป่วยมีการกระทำที่ผิดกฎหมาย ถูกดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรม และได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานที่รับผิดชอบให้มารับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตามกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2551

### ตอนที่ 3 ภาวะซึมเศร้า

#### 3.1 ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า<sup>(56)</sup> (depression) คือ ความรู้สึกเศร้าหมองหรือทุกข์ใจเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง เช่น ตกงาน สูญเสียคนที่รัก ฯลฯ อาจไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์จริง แต่อาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง และหากเกิดจากเหตุการณ์สูญเสียจริง มักจะมีอาการเศร้าที่มากเกินไปและนานเกินไป ไม่สามารถดีขึ้นได้แม้ว่าจะได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล<sup>(32)</sup> ความรู้สึกนี้จะหายไปเมื่อผ่านช่วงเวลาปัญหานั้นไประยะหนึ่ง แต่ในกรณีที่อารมณ์หรือความรู้สึกเศร้านี้ยังคงเป็นอยู่นานอย่างไม่มีเหตุผลให้ต้องเศร้ารุนแรงหรือนานขนาดนั้น หรือแม้มีสิ่งดีๆเกิดขึ้นแล้วแต่กลับไม่สามารถช่วยให้หลุดพ้นจากความเศร้ามาเบิกบานสนุกสนานเหมือนเดิมได้ ผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ในระยะแรกอาจจะรู้สึกเศร้า เหงาหงอย และรู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาไปในแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อไม่มีความสุข หากอาการแย่งจะสูญเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจ จนไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งอาจถึงกับไม่สามารถปฏิบัติภารกิจพื้นฐานในแต่ละวันได้ ซึ่งจะมีข้อสังเกต

ที่แยกจากความรู้สึกซึมเศร้าที่เป็นปฏิกิริยาปกติธรรมดา คือความรู้สึกจะรุนแรงกว่า เป็นอยู่นานกว่า และทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต มีการสูญเสียหน้าที่การงานชีวิตประจำวันมาก

Salmans S<sup>(57)</sup> อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกแ่ที่มากกว่าความโศกเศร้าหรือสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการตายหรือการจากไปของคนที่คุณรักที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว แต่เป็นภาวะอารมณ์ที่คงอยู่นาน และส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล

ดวงใจ กษานติกุล<sup>(58)</sup> อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ การมีอารมณ์เศร้าหมอง เสียใจ หดหู่ ท้อเหี่ยวใจ เบื่อหน่าย อากาเรเหล่านี้คงอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) อากาเรทางกาย (vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดอารมณ์ทางเพศ 2) พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) เช่น เชื่องช้า แยกตัว เจ็บซึม 3) ความคิดกังวล (Cognitive) เช่น คิดเรื่องร้ายๆ ตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีทางออก และคิดอยากตาย

จากความหมายทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง สภาวะจิตใจที่เศร้าหมอง เสียใจ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า แยกตัว เจ็บซึม ตำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย และมีอาการร่วมในด้านทางกาย เช่น เชื่องช้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดอารมณ์ทางเพศ อากาเรดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องกันมากกว่า 2 สัปดาห์

### 3.2 อากาเรและอากาเรแสดงออกของภาวะซึมเศร้า

อากาเรซึมเศร้าสามารถแบ่งออกตามลักษณะอากาเรหลักๆ 3 อากาเร ดังนี้<sup>(58, 59)</sup>

#### 1. กลุ่มอากาเรทางอารมณ์ (Affective symptom)

- อารมณ์เศร้า เป็นความรู้สึกที่สามารถแสดงอากาเรได้หลายอย่าง เช่น รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน ใจคอเศร้าหมอง ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ลักษณะการเกิดอารมณ์เศร้าของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ไม่ว่าจะมมีอาการบางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อย หรืออาจมอยู่ตลอดเวลา
- รู้สึกเบื่อ และหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง
- รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา และมักจะรู้สึกเสียใจหรือรู้สึกผิดเมื่อทำสิ่งไม่ดี คิดว่าเป็นคนไม่ดี มีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่



## 2. กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (Cognitive symptom)

- ความคิดเชิงซ้ำ ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี การเคลื่อนไหวและพูดจาเชิงซ้ำ พูดเสียงเบา ความสนใจต่างๆลดลง เจ็บและซึมลง ไม่รู้เร็งแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต
- มองโลกหรือมองทุกอย่างรอบตัวในด้านลบ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อยๆ
- มีความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกรมามาก็จะมีมากขึ้นตาม ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น
- ความกลัวจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว ไม่อาจทำให้สงบลงได้

## 3. กลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptom)

- รับประทานไม่ได้ น้ำหนักลดลง หรือรับประทานมากกว่าปกติ
- นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท หรือนอนมากกว่าปกติ
- รู้สึกอ่อนเพลีย อาการเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา
- มักมีอาการทางกายเกิดร่วมได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และปวดเมื่อยตามตัว

อาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมดนี้ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ ความคิด หรืออาการทางกาย ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นอาการที่แสดงออกมาล้วนเป็นประโยชน์ต่อการประเมินหาภาวะซึมเศร้าต่อไป

### 3.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม<sup>(60)</sup> ได้ทำการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และได้แบ่งปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 4 ปัจจัย ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors)

- a. พันธุกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ดังนั้นประวัติคนในครอบครัวที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงมีตัวแปรสำคัญ โดยมีการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ ญาติสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

- b. สารสื่อประสาท ได้แก่ Norepinephrine, Serotonin และ Dopamin ถ้าบุคคลมีปริมาณของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติไป จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
- c. ฮอร์โมน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่ลดลง (มักจะพบในเพศหญิง ที่เกิดในช่วงระยะก่อนมีประจำเดือน ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด รวมถึงระยะหมดประจำเดือน) จึงส่งผลให้เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน และเกิดภาวะซึมเศร้าได้

## 2. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

- a. เพศ มีการศึกษามากมายที่ชี้ไปว่าเพศหญิงมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าเพศชาย ไม่ว่าจะเป็นลักษณะบุคลิกภาพ ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ หรือฮอร์โมน ที่เป็นสิ่งที่พบเจอได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
- b. อายุ เป็นปัจจัยที่ไม่แน่นอน บางงานวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่บางงานวิจัยกลับไม่พบความสัมพันธ์ ซึ่งสิ่งต่างๆก็ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ในชีวิตที่กลุ่มอายุนั้นต้องพบเจอและปรับตัว หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆไปได้ตามวัย ก็อาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้
- c. สถานภาพสมรส การมีชีวิตสมรสทำให้บุคคลเกิดความผูกพัน ไม่โดดเดี่ยว เมื่อต้องเจอกับปัญหา ย่อมมีคู่ชีวิตที่คอยให้ความช่วยเหลือ ซึ่งต่างจากบุคคลที่หย่าร้างหรือโสด ที่ต้องเจอกับความรู้สึก โดดเดี่ยว ไร้ค่า ว่าแห้ว ขาดคู่คิด และอาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า
- d. รายได้ การมีรายได้ของบุคคลย่อมเชื่อมโยงไปสู่ความสุขสบาย การมีกินมีใช้ การมีรายได้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ภาคภูมิใจ มั่นคง ซึ่งถือเป็นความรู้สึกที่มาจากมุมมองที่มีต่อตนเอง แต่หากจำนวนรายได้น้อยและไม่เพียงพอต่อความต้องการอาจส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้

### 3. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Factors)

- a. ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (หมายถึง การที่บุคคลได้สูญเสียมารดาก่อนที่ตนเองจะอายุครบ 11 ปี) เนื่องจากการสูญเสียนี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า
- b. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic thought) ที่เป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด ในส่วนของการรับรู้และแปลความจากประสบการณ์เดิมที่ผิดพลาด ส่งผลให้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เกิดขึ้นอีกครั้ง รูปแบบความคิดเดิมว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะควบคุมได้ก็จะกลับมาอีกครั้ง จะเป็นเช่นนี้สะสมไปเรื่อยๆ จนเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบขึ้น และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา
- c. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self esteem) กล่าวคือ บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ซึ่งส่งผลต่อการมีภาวะซึมเศร้า
- d. ความว้าเหว (Loneliness) คือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและคนรอบข้าง ซึ่งสามารถพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้ง่าย
- e. ลักษณะเฉพาะทางบุคลิกภาพของบุคคล (Personality Traits) ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น แบบย่ำคิดย่ำทำ หรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เช่น histrionic และ borderline ซึ่งบุคลิกภาพเหล่านี้ส่วนมากจะพบในเพศหญิง ลักษณะของเพศหญิงจึงมีความวิตกกังวลง่าย ชอบคิดแต่เรื่องเดิมๆ ชอบพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตัวเองต่ำ ส่งผลให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ นั้นแตกต่างจากเพศชาย

### 4. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Factors)

- a. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่บุคคลประสบแล้วมีอันตรายเป็นต่อตนเอง เช่น ความโศกเศร้าจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การหย่าร้าง หรือปัญหาต่างๆรอบตัว การรับรู้ความเครียด และความขัดแย้งระหว่างบุคคล ดังนั้นการที่บุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือคุกคามชีวิตนั้นย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

- b. การสนับสนุนทางสังคม เช่น ความรัก ความผูกพัน การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยกย่อง การได้รับความช่วยเหลือ การได้รับคำแนะนำ ซึ่งสังคมที่จะมอบสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ชุมชน เป็นต้น ดังนั้นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากสังคมที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอก็อาจจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีและกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้

ซึ่งจากการรวบรวมสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ได้กล่าวมานั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภท อาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านต่างๆหลายอย่างรวมกัน โดยผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยหลักๆที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงของยา และ 3) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

### 3.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Bartels SJ และ Drake RE <sup>(61)</sup> ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของโรคจิตเภท และแบ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ 2) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากการกำเริบของโรคจิตเภท 3) อาการซึมเศร้าที่ไม่เกี่ยวกับอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น อาการนำของโรค (Prodrome) การหายจากอาการทางจิต (Postpsychotic) จะเห็นว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตสามารถเกิดร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างละเอียดในตัวโรคที่มีร่วมกัน ซึ่ง ภิญญ์ณภัส พันธุ์ดนตรี<sup>(23)</sup> ได้สรุปภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ดังนี้

1. การวินิจฉัยแยกโรค โดยต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากโรคหรืออาการดังต่อไปนี้
  - a. อาการทางจิต (Adjustment reactions) การพิจารณาเพื่อการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการ ซึ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมักเกิดในช่วงที่มีการตอบสนองต่อการรักษาแบบเฉียบพลัน อาการในช่วงนี้จะไม่สามารถอธิบายเป็นสาเหตุหลักของภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นอาการซึมเศร้าที่ปรากฏในช่วงนี้จะถือเป็นอาการเฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองต่อการรักษา

- b. ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้ามักจะพบว่าเป็นโรคร่วมในอาการทางจิตต่างๆ ในระหว่างการดำเนินโรค ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองหรือต่อมไร้ท่อต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาสเตียรอยด์ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
- c. ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากอาการทางด้านลบของโรคจิตเภท ที่มีลักษณะการแสดงออกคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า แต่จะไม่ได้มีเฉพาะการแสดงออกเท่านั้น ต้องมีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น ความคิดด้านลบต่อตนเอง และความรู้สึกต่างๆ ดังนั้นควรมีการพิจารณาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การหมดหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด เป็นต้น

## 2. การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

- a. ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน ระยะแรกผู้ป่วยมักจะมีอาการที่แสดงออกทางร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีปัญหาความเครียดที่ทำให้ไม่มีสมาธิ รับประทานอาหารน้อยลง มีปัญหาการนอน หรือเริ่มแยกตัว
- b. ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depress symptom during acute episode) อาการซึมเศร้านี้จะเกิดขึ้นในช่วงก่อนได้รับการรักษาและเมื่อได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าจะลดลงเอง
- c. ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depress symptom in chronic schizophrenia) อาการซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานาน (หรือเรื้อรัง) และไม่หายขาดจากโรค ซึ่งรวมถึงในช่วงระยะหลังที่อาการด้านลบของโรคจิตเภทกลับมามีความเด่นชัดขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่าอาการซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยจิตเภทในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย และมักจะเกิดควบคู่กันไป ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าให้แยกออกจากอาการด้านลบของโรคจิตเภทจึงจะเกิดประโยชน์

### 3.5 เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington D และคณะ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือในระดับที่แพทย์นิยมพัฒนา โดยใช้เฉพาะสำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าในโรคจิตเภท เมื่อครั้งแรกๆ ที่เริ่มมีการพัฒนา แบบประเมินจะประกอบไปด้วย 11 รายการ แต่ในปัจจุบันหลังจากที่มีการศึกษาเรื่อยๆ แบบประเมินนี้ได้มีการพัฒนาให้เหลือเพียง 9 รายการ คือ (1) ความซึมเศร้า (2) ความรู้สึกสิ้นหวัง (3) ความรู้สึกไร้ค่า (4) ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา (5) ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ (6) ความซึมเศร้าตอนเช้า (7) ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (8) การฆ่าตัวตาย และ (9) ความซึมเศร้าที่สังเกตได้<sup>(62)</sup>

สำหรับการศึกษาแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาอังกฤษ<sup>(63)</sup> ที่มีการนำไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภทจำนวน 150 คน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับสูง (intra-class correlation coefficient [ICC] = 0.89) และมีความน่าเชื่อถือภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.79) ซึ่งถือว่าแบบประเมินนี้มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือที่ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินที่มีมาตรฐานทั้ง 3 แบบ คือ The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) , The Beck Depression Inventory (BDI) และ A depression measure derived from the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)<sup>(64)</sup> ดังนั้นแบบประเมิน The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) จึงถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง และได้มีการพัฒนาไปเป็นภาษาต่างๆถึง 35 ภาษา<sup>(65)</sup>

ในประเทศไทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์<sup>(66)</sup> ได้นำเอาแบบประเมิน The Calgary Depression Scale for Schizophrenia มาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 60 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.869 และมีความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับสูง (intra-class correlation coefficient [ICC] = 0.979)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตัดสินใจนำเอาแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) ฉบับนี้มาประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากแบบประเมินฉบับนี้เป็นแบบประเมินที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา พร้อมทั้งเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาประเมินได้จริงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

## ตอนที่ 4 พฤติกรรมรุนแรง

### 4.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)<sup>(67)</sup> ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง คือ การจงใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกาย เพื่อข่มขู่หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ซึ่งมิได้ทำให้เกิดการบาดเจ็บ การตาย หรือเป็นอันตรายต่อจิตใจ

Yudofsky SC<sup>(15)</sup> อธิบายว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ที่มีการแสดงออกในลักษณะที่รุนแรงต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ

Wilson HS และ Kneisl CR<sup>(68)</sup> อธิบายว่า พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ว่ามีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่นและอาจมีอาการ Panic อย่างรุนแรงร่วมกับมีภาวะสับสน ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวง (Paranoid) อย่างเฉียบพลัน มักจะมีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหู ซึ่งไม่เคยเกิดมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยสับสนและเกิดความกลัวมาก และอาการประสาทหลอนเหล่านี้มักจะเป็นสิ่งแปลกประหลาด น่ากลัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในอันตราย จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายนั้น

กชพงศ์ สารการ<sup>(69)</sup> อธิบายว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การกระทำที่แสดงออกถึงการไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยแสดงออกมาทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองอย่าง ที่กระทบต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ

จากความหมายทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมรุนแรง (Violent behavior) หมายถึง การแสดงออกด้านอารมณ์หรือการกระทำที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาทางคำพูด กิริยาท่าทาง หรือทั้งสองอย่างพร้อมกัน โดยส่งผลกระทบต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อทรัพย์สิน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายทรัพย์สิน อาการดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องกันมากกว่า 2 สัปดาห์

### 4.2 ประเภทพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

Yudofsky SC และคณะ<sup>(15)</sup> ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (verbal violent behavior) ประกอบด้วย อาการส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนคำพูดดูถูกผู้อื่น ต่ำสาปแช่ง พุดข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่น

2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (physical violent behavior against self) ประกอบด้วย พฤติกรรมการทำร้ายร่างกายตนเอง จนเกิดรอยฟกช้ำ หรือมีรอยบาดแผลเล็กน้อย หรือบาดเจ็บภายใน และอาจรุนแรงถึงการทำร้ายตนเองจนกระตุกหัก หมดสติ

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (physical violent behavior against other people) ประกอบด้วย พฤติกรรมทำท่าคุกคาม หรือทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงจนกระทั่งกระตุกหัก และมีบาดแผลลึกหรือบาดเจ็บภายใน

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (violent behavior against object) ประกอบด้วย การเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า เตะเฟอร์นิเจอร์ภายในห้อง ทบกระຈก และจุดไฟเผาสิ่งของ หรือขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ก้อนหิน รวมถึงมีความสกปรกและไม่รักษาความสะอาด

องค์การอนามัยโลก<sup>(53)</sup> ได้แบ่งประเภทของความรุนแรงไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. ความรุนแรงต่อตนเอง เป็นลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากบุคคลกระทำต่อตนเอง ได้แก่ การทำร้ายตัวเอง ทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ หรือทำร้ายคนอื่น หรือทำให้คนอื่นหรือตนเองต้องตกอยู่ในความเสี่ยงต่ออันตราย หรือฆ่าตัวตาย

2. ความรุนแรงระหว่างบุคคล เป็นความรุนแรงที่กระทำโดยบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น ประกอบด้วย ความรุนแรงระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความรุนแรงในชุมชนเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลภายนอกบ้านที่คุ้นเคยกัน หรือเกิดจากการกระทำของผู้อื่นที่ไม่รู้จักกัน คนแปลกหน้า โดยไม่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกัน เช่น การล้วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

3. ความรุนแรงระหว่างกลุ่มบุคคล เป็นการกระทำโดยกลุ่มบุคคลกลุ่มใหญ่ เป็นความรุนแรงที่เกิดจากรัฐหรือประเทศ ซึ่งอาจแอบแฝงอยู่ในรูปแบบของการใช้กฎหมายทางสังคมเป็นเครื่องมือ เช่น ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ การเหยียดผิว เชื้อชาติ/ กลุ่มชน การก่อการร้ายหรือความรุนแรงโดยกลุ่มประท้วง และความรุนแรงทางการเมือง เป็นต้น

จากการทบทวนลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงข้างต้น พบว่าพฤติกรรมรุนแรงสามารถแสดงออกได้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบล้วนมีความเกี่ยวข้องกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถสรุปประเภทของพฤติกรรมรุนแรงที่จะศึกษา ออกเป็น 4 ประเภทหลักๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (verbal violent behavior) ที่เป็นการแสดงออกถึงคำพูดที่รุนแรงในการระบายออกซึ่งอารมณ์ เช่น การตะโกนด้วยความโกรธ และเป็นการใช้ความรุนแรงเพื่อทำร้ายผู้อื่น เช่น การด่าทอ หรือการข่มขู่ผู้อื่น



2. พฤติกรรมรุนแรงด้านทำลายสิ่งของ (violent behavior against object) ที่เป็นการแสดงออกเพื่อตอบสนองอารมณ์โกรธของตนเอง และนำอารมณ์นั้นไปลงต่อสิ่งของรอบกาย ทำให้วัตถุสิ่งของเหล่านั้นได้รับความเสียหาย

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตัวเอง (physical violent behavior against self) ที่เป็นการแสดงออกถึงความรุนแรงเพื่อสร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง เช่น หยิก ช่วน ทบตี เป็นต้น

4. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (physical violent behavior against other people) ที่เป็นการแสดงออกทางกายถึงความรุนแรงต่อบุคคลอื่นหรือกลุ่มคนอื่น อาจเกิดขึ้นในรูปแบบของการทะเลาะวิวาทหรือข่มขู่ครุณี เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้รับบาดเจ็บไม่มากก็น้อย

#### 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ศาสตราจารย์จามัน<sup>(70)</sup> ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชออกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

##### 1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

- a. สมองและสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ เช่น สมองได้รับความกระทบกระเทือนและมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus และ Amygdala ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับเหตุผลและอารมณ์ ดังนั้นหากสมองส่วนดังกล่าวได้รับความเสียหายก็จะทำให้บุคคลมีความผิดปกติในการใช้เหตุผลและควบคุมอารมณ์ตนเอง รวมถึงบุคคลที่มีสาร Serotonin ในระดับต่ำ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงได้ หรืออาจพบในกรณีที่ร่างกายมีการหลั่งสาร Norepinephrine มากกว่าปกติ ได้เช่นเดียวกัน
- b. ฮอโมน กล่าวคือ ความไม่สมดุลกันของระดับฮอโมนในร่างกายส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงฮอโมนเพศ ในเพศชายจะพบในกรณีที่ระดับฮอโมน Testosterone มีมากกว่าระดับปกติ หรือในเพศหญิงที่พบว่าระดับฮอโมน Estrogen และ Progesterone ลดลงต่ำกว่าปกติ

##### 2. ปัจจัยส่วนบุคคล

- a. เพศ ผลการวิจัยส่วนใหญ่ชี้ไปที่เพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบทางชีวภาพ หรือการเรียนรู้ทางสังคม ที่สังคมมีการคาดหวังให้เพศชายและเพศหญิงมีบทบาทที่แตกต่างกัน เช่น การกำหนดให้

เพศชายเป็นเพศที่กล้าหาญ เข้มแข็ง แต่ในทางกลับกันเพศหญิงถูกกำหนดให้มีความอ่อนโยน อ่อนหวาน เป็นต้น

- b. ระดับสติปัญญา กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ระหว่าง 20-50 จะกระทำ ความผิดเพราะถูกชักจูงได้ง่าย ถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะไม่สมเหตุสมผล เช่น จูงใจ ทำให้เกิดความเสียหาย ทำไปเพราะระบายความโกรธแค้น เป็นต้น เนื่องจากมีการ พัฒนาทักษะต่างๆในการใช้ชีวิตบพร่อง เช่น ทักษะทางสังคม การตัดสินใจ และ การควบคุมอารมณ์ ดังนั้นคนกลุ่มนี้จึงเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ง่าย
- c. อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมักจะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีอายุ มากกว่า เนื่องจากสภาพร่างกายที่เจริญเต็มที่ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย เป็นต้น
- d. การใช้สารเสพติดและการดื่มสุรา เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากการใช้สารเสพติดหรือสุรามีผลต่อการทำงานของสมอง ที่ควบคุมการ ตัดสินใจ และอารมณ์ จึงทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองหรือความ คุมอารมณ์ของตนได้เมื่อต้องเจอกับเหตุการณ์กระตุ้น อีกทั้งสารเสพติดยังมีผลเสีย ต่อการรักษาอาการทางจิตด้วยยาอีกด้วย
- e. ประวัติความรุนแรงในอดีต ไม่ว่าจะเป็นการเป็นผู้กระทำความรุนแรงเอง หรือการ ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง สำหรับการเป็นผู้ที่เคยกระทำความรุนแรงมาในอดีต พวกเขาจะเกิดการเรียนรู้ว่าเมื่อมีปัญหาจะต้องแก้ไขโดยการใช้อำลึง ซึ่งสิ่งนี้จะ เป็นตัวกำหนดในอนาคตว่ากลุ่มคนเหล่านี้จะใช้กำลังเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาเดิมซ้ำๆ และสำหรับผู้ที่เคยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นการถูกทำร้ายร่างกาย การถูกทารุณกรรม คนเหล่านี้จะเกิดความคับแค้นใจซึ่งเปลี่ยนเป็นแรงผลักดันให้ เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้
- f. ลักษณะครอบครัว มีรายงานว่าผู้กระทำผิดส่วนใหญ่มีความไม่สมบูรณ์ของ ครอบครัว (Ineffective Families) เช่น การถูกทอดทิ้ง ขาดความอบอุ่น การถูก ทารุณกรรมจากพ่อแม่ พ่อแม่ไม่เป็นที่ปรึกษาที่ดี พ่อแม่แยกทางกัน รวมไปถึง พฤติกรรมของคนในครอบครัวที่เป็นแบบอย่างของพฤติกรรมรุนแรง เช่น บิดาดูดา เหยียนตี มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด พ่อแม่ใช้ความรุนแรงต่อกัน เป็นต้น

g. บุคลิกลักษณะต่างๆ เช่น ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ Borderline โดยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์โกรธที่รุนแรง ควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองไม่ค่อยได้ มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองบ่อยครั้ง เช่น การกรีดข้อมือ หรือการฆ่าตัวตาย และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) ก็เป็นลักษณะบุคลิกภาพกลุ่มหนึ่งที่น่าไปสู่พฤติกรรมรุนแรงได้ เนื่องจากเป็นบุคลิกที่มีความก้าวร้าว ฉุนเฉียว เป็นอันธพาล โกรธง่าย มีความหุนหันพลันแล่น และเมื่อกระทำความผิดจะรู้สึกผิดเล็กน้อยหรือไม่รู้สึกผิดเลย

### 3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

a. ลักษณะสังคมที่อยู่อาศัย เช่น ชุมชนแออัด มีการก่ออาชญากรรม การใช้สารเสพติด หรือการสนับสนุนให้ใช้ความรุนแรง หากบุคคลต้องอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่นนี้ ย่อมเกิดความเคยชินและเรียนรู้การกระทำพฤติกรรมรุนแรงอยู่เสมอ เมื่อมองหรือกระทำความรุนแรงเป็นความเคยชิน พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นตามมาเรื่อยๆเช่นเดียวกัน

บุศยา บุญใจเพชร<sup>(71)</sup> ได้สรุปสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงจากการป่วยด้วยโรคทางจิตไว้ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเฉียบพลัน (acute schizophrenia) ที่มีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรงร่วมกับสับสน และในผู้ป่วยหวาดระแวง (paranoid psychosis) ที่อาจมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนของความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษผู้อื่นและมีอาการหลงผิด คิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเอง มีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหูทำให้ผู้ป่วยสับสน และเกิดความกลัวมากจนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเองจากอันตรายนั้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (depress psychosis) อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือทำร้ายตนเอง ซึ่งไม่สามารถทราบได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่มีโอกาสมากที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะปานกลางหรือรุนแรง

ซึ่งจากการทบทวนสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงที่ได้กล่าวมานั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้แสดงออกมานั้น อาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยรวมกัน โดยผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยหลักๆที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และ

การฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ การรักษาในปัจจุบัน และ 3) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

#### 4.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

**แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)** ถูกสร้างขึ้นโดย Yudofsky SC และคณะ<sup>(15)</sup> ในปี 1986 เพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของแบบสังเกตเป็นแบบบันทึกรายการ (Checklist) ประกอบด้วยรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงต่างๆ แบ่งตามด้านของพฤติกรรม 4 ด้าน ซึ่งมีรายการทั้งสิ้นจำนวน 35 ข้อ ดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (verbal violent behavior) จำนวน 8 ข้อ
2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง (physical violent behavior against self) จำนวน 9 ข้อ
3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (physical violent behavior against other people) จำนวน 11 ข้อ
4. พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ (violent behavior against object) จำนวน 7 ข้อ

เขาได้นำแบบสังเกตที่สร้างขึ้นไปใช้สังเกตกับผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ต่อมากซพงค์ สารการ<sup>(69)</sup> ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 7 ท่าน และนำไปสังเกตพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นในประเทศไทยก็มีการพัฒนาเครื่องมือเรื่อยมา

เวนิช บุราชรินทร์<sup>(72)</sup> ก็ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงนี้มาใช้ ประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้าน จำนวน 16 ข้อ โดยแบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ มีค่าความเที่ยงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 และได้นำไปทดสอบด้วยการสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยงในการทดสอบเท่ากับ 0.88 (ฉบับที่ใช้จริง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80) เช่นเดียวกับ กัญญาวรรณ ระเบียบ<sup>(73)</sup> ที่ได้นำแบบประเมินมาพัฒนาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 1.0 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 ซึ่งแบบประเมินประกอบไปด้วยพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้าน คือ (1) พฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูด 4 ข้อ (2) พฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ 4 ข้อ (3) พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง 4 ข้อ และ (4) พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น 4 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 16 ข้อ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ที่ถูกพัฒนาใช้ครั้งล่าสุดของ กัญญาวรรณ ระเบียบ<sup>(73)</sup> เนื่องจากมีข้อคำถามที่ชัดเจนและง่ายต่อการตอบแบบประเมิน

## ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี<sup>(23)</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาและโรงพยาบาลชัยบาดาล จำนวน 140 ราย และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory-II) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ส่วนความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม

ปริญันท์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 150 คน และใช้แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung (The Zung Self-Rating Depression Scale) พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.0 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า

สุภาวดี เกษไชย และคณะ<sup>(17)</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เรื่อง ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี จำนวน 77 ราย และใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) พบว่า มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 75.32 และปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

วราพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน จำนวน 100 คน และใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung (The Zung Self-Rating Depression Scale) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีร้อยละ 26 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ปัจจัยทางบวก รายได้จากการทำงาน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการข้างเคียงจากการกินยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการมีญาติที่เป็นโรคซึมเศร้า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี

อุทยา นาคเจริญ<sup>(75)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสนทนากลุ่ม (group interviews) เรื่อง สภาวะสุขภาพจิตของนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย โดยเก็บข้อมูลจากนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกายต้องโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในทัณฑสถานหญิงกลางและเรือนจำคลองเปรม จำนวน 58 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้สภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่าเครียด อึดอัด ท้อแท้ เบื่อ กลุ้มใจ ห่อเหี่ยว อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังรู้สึกหงุดหงิด กัดฟัน และเก็บกด

รักสุดา กิจอรุณชัย<sup>(76)</sup> ได้ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผ่านการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลศรีธัญญา เกี่ยวกับผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 100 ฉบับ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรักษาซ้ำภายใน 90 วัน มีปัจจัยมาจากครอบครัว โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำคือ การไม่ยอมรับของญาติและการไม่มีญาติดูแล

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์<sup>(77)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่อง สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทย โดยเก็บข้อมูลจากผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 5,303 คน และใช้แบบประเมินสภาวะสุขภาพจิตของคนไทย (โดยอภิชัย มงคล) พบว่าผู้ต้องขังที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดีมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 55.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การต้องโทษครั้งแรก จำนวนคดีที่ต้องโทษ และกลไกทางจิต

Subotnik KL และคณะ<sup>(78)</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์ (interview) เรื่อง อาการซึมเศร้าในโรคจิตเภทครั้งแรก ที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิตเวชของครอบครัว โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 70 คน ผู้ป่วยทางจิตครั้งแรก จำนวน 293 คน และญาติของผู้ป่วย จำนวน 674 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท คือ ประวัติของโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความคาดหวังต่อความสำเร็จในชีวิต ทัศนคติของครอบครัว ครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ (High expressed emotion) การใช้ความเข้าใจในการรักษาที่ผ่านมา การขาดการสนับสนุนทางสังคม และ การขาดการสนับสนุนด้านความภาคภูมิใจในตนเอง

Baynes D และคณะ<sup>(79)</sup> ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 120 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (The Beck Depression Inventory) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระดับความรุนแรงของโรคจิต การสนับสนุนทางสังคม และ อาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ (akathisia) ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา

Moussaoui D และคณะ<sup>(80)</sup> ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในโรคจิตเภท โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 183 คน ด้วยการให้แพทย์สัมภาษณ์ผ่านการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติภาวะซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.3 และมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.7 ซึ่งร้อยละ 40 ของผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

Ohayon MM และ Schatzberg AF<sup>(81)</sup> ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและโรคจิตในประชากรทั่วไป โดยเก็บข้อมูลจากประชากรทั่วไปจากประเทศสหราชอาณาจักร เยอรมนี อิตาลี โปรตุเกส และสเปน จำนวนทั้งสิ้น 18,980 คน ผ่านการ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หลงผิด และภาพหลอน พบว่า ประชากรทั่วไปมีความชุกของภาวะซึมเศร้า 16.5% ซึ่งในประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า มีถึง 12.5% ที่มีอาการหลงผิดหรือภาพหลอนอย่างใดอย่างหนึ่ง อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอัตราการเกิดของภาพหลอนและความหลงผิดเป็น 0.4 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่มีภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต ได้แก่ เหตุการณ์เศร้าสลด และเพศ โดยเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

Eklund M และคณะ<sup>(38)</sup> ได้ศึกษาเครือข่ายทางสังคมของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่อง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทางจิตในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 103 คน พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมถือเป็นทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 10-80 และปัจจัยที่พบว่ามี ความเกี่ยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการสรุปออกมาในรูปตาราง ดังนี้

## ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

งานวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
ภิญโญภัส พันธ์ดนตรี	ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์	อายุ การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และอาการข้างเคียงจากการกินยา
สุภาวดี เกษไชย และคณะ	การสนับสนุนทางสังคม และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต
วราพงษ์ กำไร	การสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากการกินยา รายได้จากการทำงาน ความพอเพียงของรายได้ การมีโรคทางกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว และประวัติการมีญาติที่เป็นโรคซึมเศร้า
Subotnik KL และคณะ	การสนับสนุนทางสังคม ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ความคาดหวัง ทักษะคิดของครอบครัว และครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ
Baynes D และคณะ	การสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงจากการกินยา และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น เกิดมาจากปัจจัยที่หลากหลายกันออกไปในแต่ละงานวิจัย เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว และปัจจัยภายนอกอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยทางกาย ระยะเวลาในการรักษา อาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเลือกจะศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของเพศ คติความทางกฎหมาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การดื่มสุรา การฆ่าตัวตาย ประเภทของการเข้ารับการรักษา และการรักษาในปัจจุบัน

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง

กชพงษ์ สารการ<sup>(69)</sup> ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในจำนวน 149 คน และใช้แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ของยูตอฟสกี ซิลเวอร์ และแจคสัน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 37.6 ซึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดมากที่สุด รองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายข้าวของ และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ตามลำดับ

ประภาพร นพสุวรรณ<sup>(82)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องเข้าห้องแยก โรงพยาบาล



สวนปรุง โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 92 คน และใช้การประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าห้องแยก จำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงถึงการทำร้ายผู้อื่น และกระทำรุนแรงที่ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย มากที่สุด ร้อยละ 95.65 และการประเมินผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง ร้อยละ 34.78 และผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือพยายามทำร้ายตนเอง ร้อยละ 31.52

สุดสาคร จำมัน<sup>(70)</sup> ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมรุนแรงทางร่างกายต่อผู้อื่น โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศชาย วัยผู้ใหญ่ มีสถานภาพโสด ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค จิตเภท มีประวัติการใช้สารเสพติดและมีประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า พฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะเกิดในเวรเช้า และเมื่อมีอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ

มณฑาทิพย์ ชัยเปรม<sup>(12)</sup> ได้ศึกษาวิจัยไปข้างหน้า (Prospective Analytic Studies) ถึงความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช เรื่อง พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาหรือระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 20 คน และใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky และคณะ พบว่า มีความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่ก้าวร้าวทางคำพูด รองลงมาเป็นการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และการทำลายทรัพย์สิน

ปัญญา ทองทัฬ<sup>(83)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) เรื่อง พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับยาที่โรงพยาบาลห้วยราช จำนวน 102 คน และใช้ลักษณะความรุนแรงประกอบด้วยคำถามพฤติกรรมรุนแรง 39 ข้อ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 40.2 และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ร้อยละ 13.7 โดยมีลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม ตวาด/ดุด่า/ด่าทอด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง ร้อยละ 30.4 เขย่าประตู/เปิดประตูเสียงดัง ร้อยละ 20.6 แข่ง/ตำหนิแสดงท่าทีจะทำร้าย ร้อยละ 19.6

อรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์ และคณะ<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาวิจัยย้อนหลัง (Retrospective Analytic Studies) เรื่อง รูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายในปี 2550 พบว่า มีบันทึกพฤติกรรมรุนแรงระบุอยู่ในบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 10.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.4 มีอายุเฉลี่ย 37.1 ปี และผู้ป่วยมี

พฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออก คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อการระบายนามมากที่สุด ร้อยละ 64.55 รองลงมาคือพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ร้อยละ 31.82 และพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ร้อยละ 4.63

เวนิช บุราชรินทร์<sup>(72)</sup> ได้ศึกษาวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 130 คน และใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 24.6 ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงสัมพันธ์กับประวัติการเคยมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต ส่วนอายุและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมรุนแรง และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรง

สุพรรณิ แสงรักษา<sup>(55)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่อง ความผิดปกติทางจิตเวช และปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ถูกกล่าวหาคดีฆ่าผู้อื่นที่ถูกส่งมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช โดยเก็บข้อมูลจากผู้ถูกกล่าวหาคดีฆ่าผู้อื่นที่รับไว้ตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช จำนวน 15 คน และใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กระทำความผิดจากอาการทางจิต โดยในช่อง 1 สัปดาห์ก่อนกระทำความผิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับภาพหลอน หลงผิดและหูแว่ว ส่วนปัจจัยทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แตกแยก ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

สาธิตา ไคว้บุญงาม<sup>(84)</sup> ได้ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive Research) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 111 คน และใช้แบบประเมิน HCR-20 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ฐานความผิด และประวัติในอดีต

Singh JP และคณะ<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาพันธุกรรมในส่วน Val158Met COMT Polymorphism และพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2,370 คน และใช้การค้นหาค้นหาบทความจาก MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, ProQuest, and the National Criminal Justice Reference Service ทั้งหมด 15 บทความ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 40.1 และร้อยละ 20.7 มีการกระทำความผิดหรือฆาตกรรม โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ พันธุกรรม เพศ การศึกษา ระยะเวลาของการเกิดโรค ประวัติอาชญากรรม การรักษาด้วยยา

Estroff SE และคณะ<sup>(85)</sup> ได้ศึกษาอิทธิพลของเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับความรุนแรง ของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness) โดยเก็บข้อมูลจากผู้เจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง จำนวน 169 คน และใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลถึงการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรงของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต คือ การพึ่งพาทางการเงินในครอบครัว การรับรู้และประสบการณ์ของพวกเขาถูกคุกคามโดยคนอื่น ๆ ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้น มีความเสี่ยงมากสำหรับแม่และลูกหลานที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มักจะเป็นเป้าหมายของความรุนแรง

Kennedy HG และคณะ<sup>(86)</sup> ได้ศึกษาความกลัวและความโกรธที่เกิดจากอาการหลงผิด และเชื่อมโยงกับพฤติกรรมรุนแรง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน (Paranoid) จำนวน 15 คน พบว่า ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนก่อนกระทำความผิดทางกฎหมายและขณะกระทำความผิดทางกฎหมาย การกระทำของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสอดคล้องกับอารมณ์ที่เกิดจากการหลงผิด คือ มีอารมณ์กลัวและโกรธ

Tengstrom A and Hodgins S<sup>(87)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมกระทำความผิดทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไปที่เป็นโรคจิตเภท โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง และโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง พบว่า ประวัติความผิดทางอาญาของผู้กระทำผิดในโรงพยาบาลทั่วไปและทางจิตเวชมีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชที่เคยกระทำความผิดเกี่ยวกับการฆ่า อีกทั้งผลการวิจัยยังชี้ไปที่ความจำเป็นในการประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมความรุนแรงในหมู่ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีการรักษาที่เหมาะสมก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำผิดทางอาญา

Rasanen P และคณะ<sup>(88)</sup> ได้ศึกษาโรคจิตเภท การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมรุนแรง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและการก่ออาชญากรรมที่ถูกรวบรวมไว้ในทะเบียน จำนวน 11,017 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะกระทำทางอาชญากรรมรุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไป เป็น 25.2 เท่า (95% CI 6.1-97.5) และความเสี่ยงในการก่ออาชญากรรมมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีอาการจิตเภทเป็น 9.5 เท่า (95% CI 2.7-30.0) สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มขึ้น

Walsh E และคณะ<sup>(89)</sup> ได้ศึกษาการทำนายพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 271,000 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็น 3.5 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ (OR 3.55, 95% CI 1.24-10.2)

Steadman HJ และคณะ<sup>(90)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงโดยผู้ที่มีอาการทางจิตเวชและบุคคลอื่นๆในละแวกใกล้เคียง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จำนวน 1,136 คน พบว่าการใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

Fazel S และคณะ<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาโรคจิตเภท สารเสพติด และอาชญากรรมรุนแรง โดยเก็บข้อมูลจากรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วประเทศสวีเดน จำนวน 8,003 คน และประชากรทั่วไป จำนวน 80,025 คน พบว่า พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 13.2 และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเสพสารเสพติดร่วมด้วยมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดหรือเกิดอาชญากรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น เป็น 4.4 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด

Fazel S และคณะ<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาโรคจิตเภทและพฤติกรรมรุนแรง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอื่นๆ จำนวน 18,423 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ เพศ การเสพสารเสพติด และการมีโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีความชุกของพฤติกรรมรุนแรงอยู่ระหว่างร้อยละ 10-96 และปัจจัยที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการสรุปออกมาในรูปตาราง ดังนี้

### ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

งานวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง
เวนิช บุราชรินทร์	ประวัติการเคยมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต อายุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และอาการทางบวกของโรคจิตเภท
Singh JP และคณะ	เพศ การศึกษา ระยะเวลาของการเกิดโรค ประวัติอาชญากรรม การรักษาด้วยยา
Rasanen P และคณะ	การดื่มแอลกอฮอล์
Walsh E และคณะ	การดื่มแอลกอฮอล์
Fazel S และคณะ	การใช้สารเสพติด
Fazel S และคณะ	เพศ การเสพสารเสพติด และการมีโรคร่วม

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น เกิดมาจากปัจจัยที่หลากหลายกันออกไปในแต่ละงานวิจัย เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยในอดีต ปัจจัยการเจ็บป่วย ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นที่

สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ คดีความทางกฎหมาย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การเจ็บป่วยทางกาย การรักษาในปัจจุบัน และระยะเวลาในการรักษา อีกทั้งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมไปถึงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยจะทำการวิจัยควบคู่กันไป โดยเลือกจะศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ อาการข้างเคียงของยา การฆ่าตัวตาย ประเภทของการเข้ารับการรักษา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

### 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง

Swanson JW และคณะ<sup>(25)</sup> ได้ศึกษาวิจัย ณ จุดเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional) เรื่อง พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระดับชาติ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1410 คน พบว่า ในระยะเวลา 6 เดือน มีพฤติกรรมรุนแรงต่างๆร้อยละ 19.1 และมีพฤติกรรมรุนแรงที่ร้ายแรงร้อยละ 3.6 โดยพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่เท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย (median or above) จะมีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (Below median) และปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ อายุ เพศ อาชีพ ที่อยู่อาศัย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย (ครอบครัวหรือญาติ) ความรู้สึกที่ไม่มีคนในครอบครัวรับฟัง ประวัติในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ การใช้สารเสพติด การตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง และการเลี้ยงดูในวัยเด็ก

สำหรับในประเทศไทยนั้น มีเพียงการศึกษาในประเด็นของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมรุนแรงในด้านอื่นๆยังไม่มีการศึกษา ร่วมกับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ประชากรตัวอย่าง (Population to be sample) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion Criteria) ของการวิจัยครั้งนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย ทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน
3. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM-5
4. สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง (คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถรับรู้ว่าจะเข้าร่วมคืออะไร และเมื่อลงนามยินยอมแล้วผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าจะมีผลอะไรตามมาและต้องตอบคำถามจนเสร็จ ถ้าเข้าใจก็คือ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง) และมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
5. สำหรับกรณีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี จะต้องมิตราประทับคำว่า “นิติจิตเวช” บนหน้าปกแฟ้มประวัติผู้ป่วย

### เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยยังคงมีอาการของโรคทางจิตที่รุนแรงและไม่พร้อมสำหรับการร่วมมือ เช่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่สามารถรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ได้ตามปกติ และมีความจำบกพร่อง รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนอันเนื่องมาจากอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ECT

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับบริการในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2559 ทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามที่เกณฑ์กำหนด และได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งมีพยานยืนยัน

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลจำนวนประชากรที่แน่นอน และข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยศึกษามาเขียน มีค่าที่แตกต่างกันตั้งแต่ 10-96% ผู้วิจัยจึงพัฒนาใช้ค่าความชุกที่ 50% เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่างให้ได้จำนวนมากที่สุด

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.10 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 10%

จากสูตรคำนวณ<sup>(91)</sup>

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{D^2}$$

กำหนดให้  $n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$Z = 1.960$$

$$P = \text{ค่าความชุกที่ } 50\% = 0.5$$

$$D = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ } 0.10$$

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.1)^2}$$

$$n = 96 \text{ คน}$$

ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 96 คน และประมาณสถิติการตอบสนองที่ 70% จำนวนตัวอย่างจึงปรับเป็น 140 คน

เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนที่แน่นอนของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสัดส่วนที่เท่าๆกัน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป 70 คน และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี 70 คน แต่ภายในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ.

2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาเข้ารับบริการในส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาปรับสัดส่วนในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปเป็น 100 คน และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีเป็น 40 คน

#### วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Method)

ทำการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกราย ภายในระยะเวลาระหว่างเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2559 จนครบตามจำนวน ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นว่าผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายมาพบแพทย์ โดยตามปกติอย่างอิสระ (Randomness) ไม่ได้มาด้วยปัจจัยใดอย่างเป็นระบบจนมีความเอนเอียง (Systematic bias)

#### **เครื่องมือที่ใช้วัด**

**ชุดที่ 1 แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย** ได้แก่ เพศ อายุ คดีความทางกฎหมาย ประเภทของการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และการเจ็บป่วยทางกาย

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นชุดแบบสอบถามที่ผู้วิจัยอ่านคำถามให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ตอบ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการข้างเคียงของยา ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการฆ่าตัวตาย

**ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support : r-T-MSPSS)** ของ Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG และ Farley GK นำมาพัฒนาเป็นฉบับปรับปรุง (revised Thai MSPSS) โดยณททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ<sup>(92)</sup> ที่ได้รับอนุญาตให้พัฒนาฉบับปรับปรุงและได้รับการรับรองคุณสมบัติทางจิตวิทยาโดยเจ้าของเครื่องมือ (Professor George Zimet) ซึ่งฉบับปรับปรุงมีค่าความสอดคล้องภายในดีกว่า มี concurrent validity อยู่ในเกณฑ์ดี และแบบสอบถามมีค่า Cronbach's alpha รวมเท่ากับ 0.92

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบเองเกี่ยวกับความรู้สึกได้รับการประคับประคองจิตใจทางสังคม ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิต (บุคคลที่นอกเหนือจากเพื่อนหรือครอบครัว) และครอบครัว ประกอบไปด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ ดังนี้



วงกลมในช่อง 1 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
วงกลมในช่อง 2 หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
วงกลมในช่อง 3 หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
วงกลมในช่อง 4 หมายถึง	เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วยบ้าง
วงกลมในช่อง 5 หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
วงกลมในช่อง 6 หมายถึง	เห็นด้วย
วงกลมในช่อง 7 หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนน แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมจะมีพิสัยอยู่ในช่วง 12 - 84 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยใช้อันตรภาคชั้นในการแบ่ง คือ ใช้คะแนนที่มากที่สุดลบคะแนนที่น้อยที่สุดหารจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง ซึ่งสามารถแบ่งระดับคะแนนได้ ดังนี้

ระดับต่ำ	12 - 36	คะแนน
ระดับปานกลาง	37 - 60	คะแนน
ระดับสูง	61 - 84	คะแนน

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88 และมีค่า Item-Total Correlation ของแบบสอบถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.40 - 0.71

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ชุดที่ 4 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS)** สร้างขึ้นโดย Addington D และคณะ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์<sup>(66)</sup> ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 60 คน มีค่าความเที่ยงของแบบวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ (1) ความซึมเศร้า (2) ความรู้สึกสิ้นหวัง (3) ความรู้สึกไร้ค่า (4) ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา (5) ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ (6) ความซึมเศร้าตอนเช้า (7) ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (8) การฆ่าตัวตาย และ (9) ความซึมเศร้าที่สังเกตได้ ซึ่งแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มี	ให้คะแนนเท่ากับ	0
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	1
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	2
รุนแรง	ให้คะแนนเท่ากับ	3

การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนน แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง โดยใช้อันดับภาคขึ้นในการแบ่ง คือ ใช้คะแนนที่มากที่สุดลบคะแนนที่น้อยที่สุดหารจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง ซึ่งสามารถแบ่งระดับคะแนนได้ทั้งหมด ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 - 4	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ	5 - 12	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	13 - 20	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง	21 - 27	คะแนน

ซึ่งการเก็บข้อมูลของแบบประเมินชุดนี้ เป็นชุดแบบประเมินที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตัวเองและผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ให้ข้อมูล

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.77 และมีค่า Item-Total Correlation ของแบบสอบถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.27 - 0.73

**ชุดที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ของ Yudofsky และคณะ** แปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ และกัญญาวรรณ ระเบียบ<sup>(73)</sup> ได้นำมาพัฒนาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 1.0 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.86

ซึ่งแบบประเมินประกอบไปด้วยพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้าน คือ (1) พฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูด 4 ข้อ (2) พฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ 4 ข้อ (3) พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง 4 ข้อ และ (4) พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น 4 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 16 ข้อ มีข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่า มีหรือไม่มี

การแปลผล กรณีที่ในด้านหนึ่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหลายข้อ จะนำคะแนนที่มีค่ามากที่สุดของด้านนั้นๆ มาคิดคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วงระหว่าง 0 - 21 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของพฤติกรรมดังนี้

0	คะแนน	ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงเลย
1 - 7	คะแนน	มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับน้อย
8 - 14	คะแนน	มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับปานกลาง
15 - 21	คะแนน	มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับรุนแรง

ซึ่งการเก็บข้อมูลของแบบประเมินชุดนี้ เป็นชุดแบบประเมินที่ให้ผู้ดูแลหลักที่มากับผู้ป่วยโรคจิตเภทในวันตรวจหรือพยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท (โดยไม่มีการเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแลหลัก)

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ การประเมินความเที่ยงของชุดเครื่องมือ 16 ข้อ พบว่า ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง (ข้อที่ 9-12) มีความสัมพันธ์กับด้านอื่นๆต่ำ (Item-Total Correlation = 0.18) ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองออกจากชุดคำถาม และได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของชุดคำถาม จำนวน 12 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 1-8 และ 13-16) เท่ากับ 0.85 และมีค่า Item-Total Correlation ของแบบสอบถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.2 - 0.73 ดังนั้นการคิดคะแนนจึงนำเฉพาะคะแนนจาก 3 ด้าน มาคิดคะแนนรวมกัน ซึ่งค่าความเที่ยง (reliability) ของ 3 ด้าน พบว่ามีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.72 และมีค่า Item-Total Correlation อยู่ระหว่าง 0.50 - 0.63

#### ตารางที่ 4 สรุปรูปวิธีการเก็บข้อมูล (Data Collection)

ข้อมูล	วิธีการ	ผู้ให้ข้อมูล	ผู้เก็บข้อมูล
<b>ชุดที่ 1</b> แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย	ผู้วิจัยทำการสืบค้นและคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย	แฟ้มประวัติผู้ป่วย	ผู้วิจัย
<b>ชุดที่ 2</b> แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถาม ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ตอบ	ผู้ป่วยโรคจิตเภท	ผู้วิจัย
<b>ชุดที่ 3</b> แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย	ผู้ป่วยโรคจิตเภทตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง	ผู้ป่วยโรคจิตเภท	ผู้วิจัย
<b>ชุดที่ 4</b> แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท	ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ตอบคำถาม	ผู้ป่วยโรคจิตเภท	ผู้วิจัย

<b>ชุดที่ 5</b> แบบประเมิน พฤติกรรมรุนแรง	- กรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก ให้ผู้ดูแล หลักที่มากับผู้ป่วยในวันตรวจเป็นผู้ ประเมิน  - กรณีที่เป็นผู้ป่วยใน ให้พยาบาล เป็นผู้ประเมิน	ผู้ดูแลหลัก หรือ พยาบาล	ผู้วิจัย
--	--	-------------------------------	----------

### การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
3. ดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ ผู้ดูแลในส่วนของหอผู้ป่วยในทั้ง 4 ตึก และผู้ดูแลในส่วนของผู้ป่วยนอก
4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือ 5 ชุด ดังที่ได้กล่าวข้างต้น หลังจากผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อ่านรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งลงนามเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจเรียบร้อยแล้ว
5. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วน และนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ Statistical Package for Social Science (SPSS) Version 17

1. นำเสนอข้อมูลทั่วไปเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปแบบตารางเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน (n) และค่าร้อยละ (%)
2. นำเสนอการวิเคราะห์ค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ในรูปแบบของกราฟและตาราง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่า Interquartile Range (IQR) จำนวน (n) และค่าร้อยละ (%)
3. นำเสนอการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้สถิติ Pearson Chi – Square และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. นำเสนอการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี โดยใช้สถิติ Pearson Chi – Square และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ (Univariate analysis) ด้วยสถิติ Pearson Chi – Square และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
6. นำเสนอความปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงพร้อมกันหลายตัว ผู้วิจัยวางแผนการคัดเลือกตัวแปรต้นเข้าสมการหรือแบบวิเคราะห์ (Model) โดยเลือกตัวแปรจากความเป็นไปได้ทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่  $p < 0.2$  (จากการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ในตอนต้นที่ 5) เข้าสู่สมการด้วยวิธี Enter Selection จากนั้นคัดเลือกด้วยกระบวนการกำจัดตัวแปรที่มีค่า  $p > 0.05$  ออกจากสมการทีละตัว (Backward Elimination) ไปเรื่อยๆ จนกระทั่ง Model สุดท้าย เหลือเพียงตัวแปรต้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  เท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามา  
รับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามาใช้บริการใน  
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวนทั้งสิ้น 140 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2558 ถึง เดือน  
กุมภาพันธ์ ปีพ.ศ.2559 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ  
รายได้ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการฆ่าตัวตาย
- 1.2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย ประเภทของการเข้ารับ  
การรักษา ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และอาการข้างเคียง  
ของยา
- 1.3 ข้อมูลทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และ  
คติความทางกฎหมาย

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง กับการมีคดี  
ความทางกฎหมาย

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรม  
รุนแรง

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของภาวะ  
ซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง

### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
Median	แทน	ค่ามัธยฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
IQR	แทน	ค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 3 กับควอไทล์ที่ 1
$\chi^2$	แทน	ค่าไคสแควร์
df	แทน	องศาอิสระ
p-value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ
B	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย ซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
S.E	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอย
OR	แทน	ค่าอัตราส่วนแอดัมต่อ หรือ Odds Ratio
C.I.	แทน	ค่าช่องความเชื่อมั่น หรือ Confidence Interval
Phi	แทน	ค่าระดับความสัมพันธ์

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์  
(n = 140)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ไม่มีดีตีความ (n=100)		มีดีตีความ (n=40)	
	n	%	n	%
<b>เพศ</b>				
ชาย	61	61.0	34	85.0
หญิง	39	39.0	6	15.0
<b>อายุ (ปี) (Mean = 40.29 , S.D. = 11.08)</b>				
ต่ำกว่า 30 ปี	19	19.0	7	17.5
31 – 40 ปี	35	35.0	17	42.5
41 – 50 ปี	24	24.0	10	25.0
51 ปี ขึ้นไป	22	22.0	6	15.0
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	51	51.0	31	77.5
แต่งงาน	21	21.0	2	5
หย่าร้าง	24	24.0	6	15
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	4	4.0	1	2.5
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.0	1	2.5
ประถมศึกษา	41	41.0	11	27.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	36	36.0	23	57.5
อนุปริญญา/ปวส.	6	6.0	2	5.0
ปริญญาตรี	15	15.0	3	7.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.0	0	0.0



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ไม่มีสติความ		มีสติความ	
	(n=100)		(n=40)	
	n	%	n	%
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60	60.0	23	57.5
ประกอบอาชีพ	40	40.0	17	42.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	16.0	7	17.5
รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท	15	15.0	7	17.5
เกษตรกร	2	2.0	1	2.5
กรรมกร	2	2.0	1	2.5
อื่นๆ	5	5.0	1	2.5
<b>รายได้ส่วนตัว (บาท) (Mean = 4717.89 , S.D. = 10509.53)</b>				
ไม่มีรายได้	55	55.0	19	47.5
ต่ำกว่า 4,000 บาท/เดือน	14	14.0	8	20.0
4,000 – 10,000 บาท/เดือน	19	19.0	8	20.0
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	12	12.0	5	12.5
<b>การดื่มสุรา</b>				
ไม่เคยดื่มสุรา	38	38.0	10	25.0
เคยดื่มสุรา	44	44.0	20	50.0
แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน				
เคยดื่มสุรา	18	18.0	10	25.0
และยังดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา				
<b>การใช้สารเสพติด (ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 รวมทั้งบุหรี่)</b>				
ไม่เคยใช้สารเสพติด	57	57.0	13	32.5
เคยใช้สารเสพติด แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)	27	27.0	19	47.5

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ไม่มีสติความ		มีสติความ	
	(n=100)		(n=40)	
	n	%	n	%
กัญชา	13	28.2	12	27.2
บุหรี	4	8.7	7	15.9
ยาม้า	5	10.9	3	6.8
เหล้าแห้ง	1	2.2	0	0.0
ยาบ้า	10	21.7	5	11.4
สารระเหย	1	2.2	1	2.3
ยาอี	0	0.0	1	2.3
ยาไอซ์	3	6.5	3	6.8
ยาเส้น	2	4.3	0	0.0
เฮโรอีน	1	2.2	5	11.4
ฝิ่น	1	2.2	2	4.5
ใบกระท่อม	2	4.3	1	2.3
กาว	1	2.2	3	6.8
ผงขาว	1	2.2	1	2.3
แอมฟตามีน	1	2.2	0	0.0
เคยใช้สารเสพติด และยังใช้อยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)	16	16.0	8	20.0
ยาบ้า	2	10.5	1	11.1
บุหรี	9	47.3	5	55.6
ยาเส้น	6	31.6	1	11.1
กัญชา	1	5.3	0	0.0
สารระเหย	0	0.0	1	11.1
ยาสูบ	1	5.3	0	0.0
ยาไอซ์	0	0.0	1	11.1

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ไม่มีสติความ		มีสติความ	
	(n=100)		(n=40)	
	n	%	n	%
<b>การฆ่าตัวตาย</b> (Mean = 0.59 , S.D. = 1.41)				
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	81	81.0	27	67.5
เคยฆ่าตัวตาย	19	19.0	13	32.5
1 – 2 ครั้ง	9	9.0	11	27.5
3 – 4 ครั้ง	4	4.0	2	5.0
ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป	6	6.0	0	0.0
<b>การเจ็บป่วยทางกาย</b>				
ไม่มี	76	76.0	35	87.5
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	24	24.0	5	12.5
โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด	13	13.0	1	20.0
โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	2	2.0	0	0.0
โรคทางระบบทางเดินอาหาร	1	1.0	0	0.0
โรคทางระบบทางเดินหายใจ	5	5.0	1	20.0
โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ	8	8.0	0	0.0
อื่นๆ	1	1.0	3	60.0
<b>การเข้ารับการรักษา</b>				
ผู้ป่วยนอก (OPD)	73	73.0	20	50.0
ผู้ป่วยใน (IPD)	27	27.0	20	50.0
<b>ระยะเวลาในการรักษา (ปี)</b> (Mean = 3232.37 , S.D. = 2684.40)				
น้อยกว่า 3 ปี	17	17.0	14	35.0
3 – 8 ปี	37	37.0	11	27.5
8 ปี 1 วัน – 13 ปี	27	27.0	5	12.5
มากกว่า 13 ปี	19	19.0	10	25.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ไม่มีสติความ		มีสติความ	
	(n=100)		(n=40)	
	n	%	n	%
<b>การรักษาในปัจจุบัน</b>				
Antipsychotic drugs	84	84.0	29	72.5
Antipsychotic drugs + ยาแก้ซึมเศร้า	16	16.0	11	27.5
<b>อาการข้างเคียงของยา</b>				
ไม่มีอาการข้างเคียงของยา	34	34.0	17	42.5
มีอาการข้างเคียงของยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	66	66.0	23	57.5
มีอาการสั่นที่มือ, แขน, ขา, หรือตัวแข็ง	27	27.0	12	23.5
มีอาการคอแข็ง, ตาเหลือก, ขากรรไกรค้ำ	9	9.0	1	2.0
มีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้	31	31.0	12	23.5
มีอาการเคี้ยวปาก, ดูดลิ้น, แลบลิ้น	15	15.0	9	17.6
ปากแห้ง, คอแห้ง	49	49.0	17	33.4
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>				
อยู่กันอย่างราบรื่น	57	57.0	16	40.0
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	29	29.0	8	20.0
ทะเลาะกันรุนแรงบ้างครั้ง	4	4.0	3	7.5
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยๆ	5	5.0	1	2.5
ต่างคนต่างอยู่	5	5.0	12	30.0
<b>การสนับสนุนทางสังคม (Mean = 50.66 , S.D. = 17.42)</b>				
ต่ำ (12-36 คะแนน)	21	21.0	12	30.0
ปานกลาง (37-60 คะแนน)	43	43.0	15	37.5
สูง (61-84 คะแนน)	36	36.0	13	32.5
<b>รวม</b>	<b>100</b>	<b>71.4</b>	<b>40</b>	<b>28.4</b>

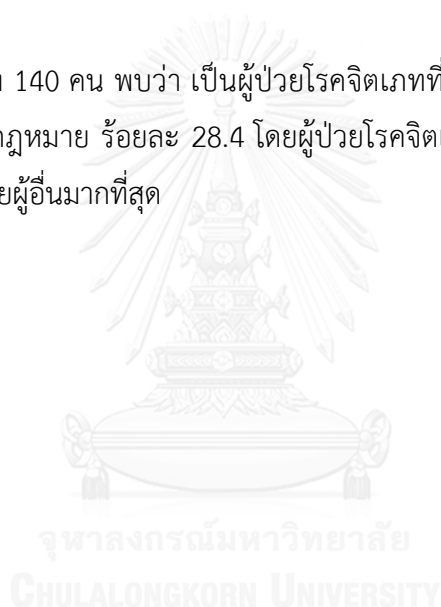
ตารางที่ 6 คติความของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์  
(n = 140)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>คติความทางกฎหมาย</b>		
ไม่มีคติความ	100	71.4
มีคติความ	40	28.4
คดีฆ่าคนตาย	6	4.3
คดีพยายามฆ่า	3	2.1
คดีทำร้ายร่างกายผู้อื่น	8	5.7
คดีทำลายข้าวของของส่วนราชการ/ทำให้เกิดเพลิงไหม้	2	1.4
คดีลักทรัพย์/ชิงทรัพย์/วิ่งราวทรัพย์	7	5.0
คดีเกี่ยวกับยาเสพติด	5	3.6
คดีดูหมิ่น/ขัดขวาง การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่	2	1.4
คดีบุกรุก	2	1.4
คดีทำอนาจารบุคคล	2	1.4
คติความผิดต่อพระมหากษัตริย์ พระราชินี รัชทายาท	2	1.4
คดีเกี่ยวกับความมั่นคง	1	0.7

พบว่าจากตัวอย่าง 140 คน ทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีและมีคติความทางกฎหมายส่วนใหญ่เพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 61.0 vs ร้อยละ 39.0 และ ร้อยละ 85.0 vs ร้อยละ 15.0) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 35.0 และร้อยละ 42.5) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 51.0 และร้อยละ 77.5) และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 57.5) ไม่มีรายได้ส่วนตัว (ร้อยละ 55.0 และร้อยละ 47.5) เคยดื่มสุรา แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 44.0 และร้อยละ 50.0) และไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 81.0 และร้อยละ 67.5) สำหรับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย (ร้อยละ 76.0 และร้อยละ 87.5) ในปัจจุบันได้รับการรักษาด้วย Antipsychotic drugs (ร้อยละ 84.0 และร้อยละ 72.5) และมีอาการข้างเคียงของยา (ร้อยละ 66.0 และร้อยละ 57.5) โดยส่วนมากจะมีอาการปากแห้ง,คอแห้ง ส่วนทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งสองกลุ่มมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.0 และร้อยละ 37.5)

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 41.0 และ 36.0 ตามลำดับ) ไม่เคยใช้สารเสพติด (ร้อยละ 57.0) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 73.0) มีระยะเวลาในการรักษาโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 3-8 ปี (ร้อยละ 37.0) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอย่างราบรื่น (ร้อยละ 57.0) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมาย ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.(ร้อยละ 57.5) เคยใช้สารเสพติด แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 47.5) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) มีระยะเวลาในการรักษาโรคจิตเภทน้อยกว่า 3 ปี (ร้อยละ 35.0) และมีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอย่างราบรื่นและต่างคนต่างอยู่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 30.0)

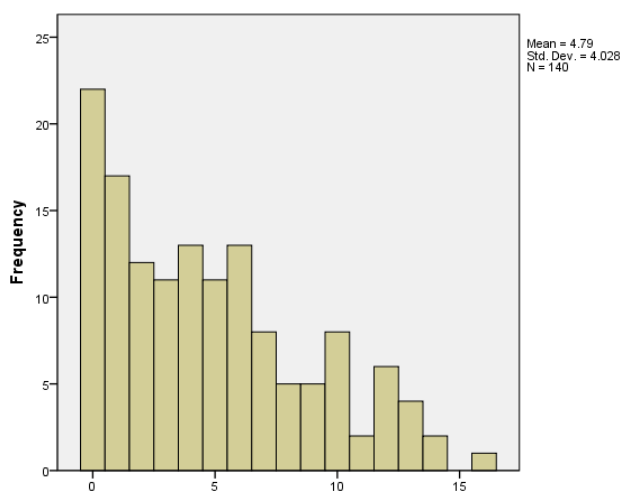
และจากตัวอย่าง 140 คน พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย ร้อยละ 71.4 และมีคติความทางกฎหมาย ร้อยละ 28.4 โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมาย มีคติเกี่ยวกับการทำร้ายร่างกายผู้อื่นมากที่สุด



## ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามา รับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

### 2.1 ภาวะซึมเศร้า

ภาพที่ 2 : Histogram แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้า



ตารางที่ 7 สัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งตามความรุนแรง (n = 140)

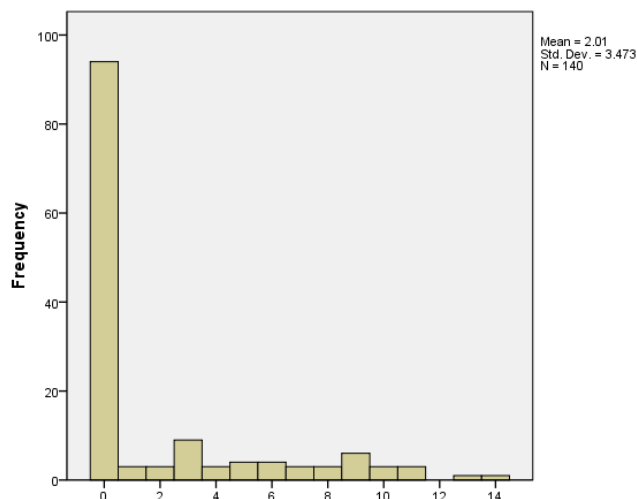
ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	75	53.6
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	58	41.4
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	7	5.0

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำนวนทั้งหมด 140 คน มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (Mean) อยู่ที่ 4.8 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 4.03 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 4.0 และค่า Interquartile Range (IQR) เท่ากับ 6 มีค่าต่ำสุดคือ 0 และค่าสูงสุดคือ 16 (คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ที่ระหว่าง 0-27 คะแนน)โดยมีการกระจายของข้อมูลที่เบ้ขวา ตามรูปภาพที่ 2 และเมื่อแบ่งตามระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 53.6) รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 41.4) และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 5.0) โดยไม่พบกลุ่มภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในขั้นต่อไปผู้วิจัยรวมกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางเข้าด้วยกัน ภาวะซึมเศร้าจึงแบ่งออกเป็น 2 ค่า คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า

## 2.2 พฤติกรรมรุนแรง

ภาพที่ 3 : Histogram แสดงคะแนนพฤติกรรมรุนแรง



ตารางที่ 8 สัดส่วนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n = 140)

พฤติกรรมรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง	94	67.1
มีพฤติกรรมรุนแรง	46	32.9

คะแนนของพฤติกรรมรุนแรง มีค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ 2.0 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 3.5 ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 0 และค่า Interquartile Range (IQR) เท่ากับ 3 ซึ่งมีค่าต่ำสุดคือ 0 และค่าสูงสุดคือ 14 (คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ที่ระหว่าง 0-15 คะแนน) โดยมีการกระจายของข้อมูลที่เบ้ขวา ตามรูปภาพที่ 3 ส่วนมากไม่มีพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ 67.1)

เมื่อจำแนกพฤติกรรมรุนแรงออกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด ร้อยละ 27.1 รองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ร้อยละ 17.9 และพฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามา  
รับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามา  
รับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (n = 140)

ภาวะซีมเศร้า	พฤติกรรมรุนแรง		X <sup>2</sup> (df)	p-value	phi
	ไม่มี	มี			
	n (%)	n (%)			
ไม่มีภาวะซีมเศร้า	54 (72.0%)	21 (28.0%)			
มีภาวะซีมเศร้า	40 (61.5%)	25 (38.5%)	1.73 (1)	0.189	0.11

สัดส่วนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 38.5) สูงกว่า  
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 28.0) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Phi ซึ่งบ่งบอกระดับ  
ความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เท่ากับ 0.11 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p =  
0.189)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง กับการมีคดีความทางกฎหมาย

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง กับการมีคดีความในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (n = 140)

คดีความ	ภาวะซึมเศร้า		พฤติกรรมรุนแรง	
	ไม่มี n (%)	มี n (%)	ไม่มี n (%)	มี n (%)
ไม่มี	58 (58.0%)	42 (42.0%)	69 (69.0%)	31 (31.0%)
มี	17 (42.5%)	23 (57.5%)	25 (62.5%)	15 (37.5%)
	OR = 1.9, $\chi^2 = 2.76$ , p-value = 0.097		OR = 1.3, $\chi^2 = 0.55$ , p-value = 0.459	

สัดส่วนของการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีความทางกฎหมาย (ร้อยละ 57.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคดีความทางกฎหมาย (ร้อยละ 42.0) หรือมีแต้มต่อ (Odds) ของการมีภาวะซึมเศร้า เป็น 1.9 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.097$ ) เช่นเดียวกับสัดส่วนการมีพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีความทางกฎหมาย (ร้อยละ 37.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคดีความทางกฎหมาย (ร้อยละ 31.0) หรือมีแต้มต่อ (Odds) ของการมีพฤติกรรมรุนแรง เป็น 1.3 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.459$ )

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับภาวะซึมเศร้า (n = 140)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ภาวะซึมเศร้า		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>เพศ</b>			0.59	1	0.445
ชาย	53 (55.8%)	42 (44.2%)			
หญิง	22 (48.9%)	23 (51.1%)			
<b>อายุ (ปี)</b>			0.17	1	0.679
ต่ำกว่า 40 ปี	43 (55.1%)	35 (44.9%)			
ตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป	32 (51.6%)	30 (48.4%)			
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.58	2	0.748
โสด	46 (56.1%)	36 (43.9%)			
แต่งงาน	12 (52.2%)	11 (47.8%)			
หย่าร้าง/หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	17 (48.6%)	18 (51.4%)			
<b>ระดับการศึกษา</b>			1.52*	1	0.218
ไม่ได้เรียนหนังสือและ ประถมศึกษา	24 (45.3%)	29 (54.7%)			
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	35 (59.3%)	24 (40.7%)			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	16 (57.1%)	12 (42.9%)			
<b>อาชีพ</b>			2.45	1	0.118
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49 (59.0%)	34 (41.0%)			
ประกอบอาชีพ	26 (45.6%)	31 (54.4%)			

\* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ภาวะซึมเศร้า		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>รายได้ส่วนตัว (บาท)</b>			0.87*	1	0.352
ไม่มีรายได้	43 (58.1%)	31 (41.9%)			
ต่ำกว่า 4,000 บาท/เดือน	9 (40.9%)	13 (59.1%)			
4,000 – 10,000 บาท/เดือน	16 (59.3%)	11 (40.7%)			
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	7 (41.2%)	10 (58.8%)			
<b>การดื่มสุรา</b>			1.53*	1	0.217
ไม่เคยดื่มสุรา	28 (58.3%)	20 (41.7%)			
เคยดื่มสุรา	35 (54.7%)	29 (45.3%)			
แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน					
เคยดื่มสุรา	12 (42.9%)	16 (57.1%)			
และยังดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
<b>การใช้สารเสพติด</b>			0.28*	1	0.596
ไม่เคยใช้สารเสพติด	40 (57.1%)	30 (42.9%)			
เคยใช้สารเสพติด	22 (47.8%)	24 (52.2%)			
แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน					
เคยใช้สารเสพติด	13 (54.2%)	11 (45.8%)			
และยังดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
<b>การฆ่าตัวตาย</b>			3.18*	1	0.074
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	61 (56.5%)	47 (43.5%)			
เคยฆ่าตัวตาย 1-2 ครั้ง	11 (55.0%)	9 (45.0%)			
เคยฆ่าตัวตายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	3 (25.0%)	9 (75.0%)			

\* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ภาวะซึมเศร้า		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>การเจ็บป่วยทางกาย</b>			0.05	1	0.823
ไม่มี	60 (54.1%)	51 (45.9%)			
มี	15 (51.7%)	14 (48.3%)			
<b>การเข้ารับการรักษา</b>			3.45	1	0.063
ผู้ป่วยนอก (OPD)	55 (59.1%)	38 (40.9%)			
ผู้ป่วยใน (IPD)	20 (42.6%)	27 (57.4%)			
<b>ระยะเวลาในการรักษา (ปี)</b>			0.38	3	0.944
น้อยกว่า 3 ปี	16 (51.6%)	15 (48.4%)			
3 – 8 ปี	27 (56.3%)	21 (43.8%)			
8 ปี 1 วัน – 13 ปี	16 (50.0%)	16 (50.0%)			
มากกว่า 13 ปี	16 (55.2%)	13 (44.8%)			
<b>การรักษาในปัจจุบัน</b>			0.40	1	0.529
Antipsychotic drugs	62 (54.9%)	51 (45.1%)			
Antipsychotic drugs + ยาแก้ซึมเศร้า	13 (48.1%)	14 (51.9%)			
<b>อาการข้างเคียงของยา</b>			11.62	1	0.001**
ไม่มีอาการข้างเคียงของยา	37 (72.5%)	14 (27.5%)			
มีอาการข้างเคียงของยา	38 (42.7%)	51 (57.3%)			

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ภาวะซึมเศร้า		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>สัมพันธ์ภาพในครอบครัว</b>			7.47*	1	0.006**
อยู่กันอย่างราบรื่น	47 (64.4%)	26 (35.6%)			
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	17 (45.9%)	20 (54.1%)			
ทะเลาะกันรุนแรงและต่างคนต่างอยู่	11 (36.7%)	19 (63.3%)			
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>			7.69*	1	0.006**
ต่ำ	13 (39.4%)	20 (60.6%)			
ปานกลาง	28 (48.3%)	30 (51.7%)			
สูง	34 (69.4%)	15 (30.6%)			

\* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

การเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยา โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการข้างเคียงของยา มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำลง ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิง อายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่ากลุ่มที่เปรียบเทียบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง (n= 140)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	พฤติกรรมรุนแรง		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>เพศ</b>			6.84	1	0.009**
ชาย	57 (60.0%)	38 (40.0%)			
หญิง	37 (82.2%)	8 (17.8%)			
<b>อายุ (ปี)</b>			0.25	1	0.619
ต่ำกว่า 40 ปี	51 (65.4%)	27 (34.6%)			
ตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป	43 (69.4%)	19 (30.6%)			
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.40	2	0.818
โสด	56 (68.3%)	26 (31.7%)			
แต่งงาน	16 (69.6%)	7 (30.4%)			
หย่าร้าง/หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	22 (62.9%)	13 (37.1%)			
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.84*	1	0.359
ไม่ได้เรียนหนังสือและ ประถมศึกษา	34 (64.2%)	19 (35.8%)			
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	39 (66.1%)	20 (33.9%)			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	21 (75.0%)	7(25.0%)			
<b>อาชีพ</b>			2.45	1	0.118
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60 (72.3%)	23 (27.7%)			
ประกอบอาชีพ	34 (59.6%)	23 (40.4%)			

\* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	พฤติกรรมรุนแรง		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>รายได้ส่วนตัว (บาท)</b>			0.04*	1	0.835
ไม่มีรายได้	53 (71.6%)	21 (28.4%)			
ต่ำกว่า 4,000 บาท/เดือน	11 (50.0%)	11 (50.0%)			
4,000 – 10,000 บาท/เดือน	17 (63.0%)	10 (37.0%)			
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	13 (76.5%)	4 (23.5%)			
<b>การดื่มสุรา</b>			11.33*	1	0.001**
ไม่เคยดื่มสุรา	39 (81.3%)	9 (18.8%)			
เคยดื่มสุรา	43 (67.2%)	21 (32.8%)			
แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน					
เคยดื่มสุรา	12 (42.9%)	16 (57.1%)			
และยังดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
<b>การใช้สารเสพติด</b>			13.03*	1	<0.001**
ไม่เคยใช้สารเสพติด	55 (78.6%)	15 (21.4%)			
เคยใช้สารเสพติด	30 (65.2%)	16 (34.8%)			
แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน					
เคยใช้สารเสพติด	9 (37.5%)	15 (62.5%)			
และยังดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
<b>การฆ่าตัวตาย</b>			6.06*	1	0.014**
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	78 (72.2%)	30 (27.8%)			
เคยฆ่าตัวตาย 1-2 ครั้ง	11 (55.0%)	9 (45.0%)			
เคยฆ่าตัวตายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	5 (41.7%)	7 (58.3%)			

\* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p &lt; 0.05



ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	พฤติกรรมรุนแรง		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>การเจ็บป่วยทางกาย</b>			0.06	1	0.814
ไม่มี	74 (66.7%)	37 (33.3%)			
มี	20 (69.0%)	9 (31.0%)			
<b>การเข้ารับการรักษา</b>			1.84	1	0.175
ผู้ป่วยนอก (OPD)	66 (71.0%)	27 (29.0%)			
ผู้ป่วยใน (IPD)	28 (59.6%)	19 (40.4%)			
<b>ระยะเวลาในการรักษา (ปี)</b>			4.43	3	0.218
น้อยกว่า 3 ปี	22 (71.0%)	9 (29.0%)			
3 – 8 ปี	36 (75.0%)	12 (25.0%)			
8 ปี 1 วัน – 13 ปี	17 (53.1%)	15 (46.9%)			
มากกว่า 13 ปี	19 (65.5%)	10 (34.5%)			
<b>การรักษาในปัจจุบัน</b>			0.00	1	0.953
Antipsychotic drugs	76 (67.3%)	37 (32.7%)			
Antipsychotic drugs + ยาแก้ซึมเศร้า	18 (66.7%)	9 (33.3%)			
<b>อาการข้างเคียงของยา</b>			0.01	1	0.928
ไม่มีอาการข้างเคียงของยา	34 (66.7%)	17 (33.3%)			
มีอาการข้างเคียงของยา	60 (67.4%)	29 (32.6%)			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	พฤติกรรมรุนแรง		X <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)			
<b>สัมพันธ์ภาพในครอบครัว</b>			7.37*	1	0.007**
อยู่กันอย่างราบรื่น	56 (76.7%)	17 (23.3%)			
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	23 (62.2%)	14 (37.8%)			
ทะเลาะกันรุนแรงและต่างคนต่างอยู่	15 (50.0%)	15 (50.0%)			
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>			0.17*	1	0.680
ต่ำ	26 (78.8%)	7 (21.2%)			
ปานกลาง	33 (56.9%)	25 (43.1%)			
สูง	35 (71.4%)	14 (28.6%)			

\* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นเพศชายสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังคงมีการดื่มหรือใช้สารอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และเคยดื่มหรือใช้สารแต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่มากขึ้นตามลำดับ อีกทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือมีจำนวนครั้งในการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของภาวะซึมเศร้า Model สุดท้าย (n = 140)

ตัวแปร	B	S.E	OR	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
อาการข้างเคียงของยา	1.24	0.40	3.45	1.57	7.60	0.002
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.52	0.24	1.68	1.06	2.67	0.027
การสนับสนุนทางสังคม	- 0.68	0.25	0.51	0.31	0.83	0.007
Chi-square = 25.14    df = 3    p-value < 0.001    Nagelkerke R Square = 0.22						

จากการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัว คือ อาการข้างเคียงของยา สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยา มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.4 เท่า ของผู้ที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา และผู้ป่วยที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่และทะเลาะกันหรือมีความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสของการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธ์ภาพที่อยู่กับอย่างราบรื่นถึง 1.7 เท่า รวมถึงในทุกๆหนึ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมที่มีเพิ่มขึ้น จะช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึง 50% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของพฤติกรรมรุนแรง Model สุดท้าย (n = 140)

ตัวแปร	B	S.E	OR	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
การดื่มสุรา	0.90	0.26	2.47	1.49	4.09	<0.001
การฆ่าตัวตาย	0.72	0.30	2.06	1.16	3.69	0.014
Chi-square = 19.06    df = 2    p-value < 0.001    Nagelkerke R Square = 0.18						

จากการวิเคราะห์ พบว่า การดื่มสุรา และการฆ่าตัวตาย เป็นตัวทำนายพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหากในปัจจุบันมีการดื่มสุรา จะเพิ่มโอกาสของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็น 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้ดื่มสุราหรือเคยดื่มสุราแต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน และทุกๆหนึ่งระดับของการฆ่าตัวตายที่มีจำนวนครั้งเพิ่มสูงขึ้น จะเพิ่มโอกาสในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็น 2.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวนทั้งสิ้น 140 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง

#### สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีการกระจายของข้อมูลที่เบ้ขวา โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.8 จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-27 คะแนน และเมื่อแบ่งตามระดับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 53.6) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 41.4) และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 5.0) โดยไม่พบกลุ่มภาวะซึมเศร้ารุนแรง

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีการกระจายของข้อมูลที่เบ้ขวา โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.0 จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-15 คะแนน ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากไม่มีพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ 67.1) และที่เหลือมีพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ 32.9) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด ร้อยละ 27.1 รองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ร้อยละ 17.9 และพฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง มีสัดส่วนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 38.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 28.0) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Phi ซึ่งบ่งบอกปริมาณความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เท่ากับ 0.11 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับการมีคติความทางกฎหมาย มีสัดส่วนของการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมาย (ร้อยละ 57.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย (ร้อยละ 42.0) หรือมีแต้มต่อ (Odd) ของการมีภาวะซึมเศร้า เป็น 1.9 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับความแตกต่างของพฤติกรรมรุนแรงกับการมีคติความทางกฎหมาย มีสัดส่วนการมีพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมาย (ร้อยละ 37.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย (ร้อยละ 31.0) หรือมีแต้มต่อ (Odd) ของการมีพฤติกรรมรุนแรง เป็น 1.3 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การมีอาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีการทะเลาะกันและมีความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การดื่มสุราในปัจจุบัน และจำนวนการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. การเกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 46.4) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Moussaoui D และคณะ<sup>(80)</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศวร้อยละ 44.3 และมีผลการศึกษาใกล้เคียงกับปริยพันธ์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท เรือรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศวร้อยละ 36.0 แต่แตกต่างจากผลการวิจัยของสุภาวดี เกษไชย และคณะ<sup>(17)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ที่พบว่า มีอาการซึมเศวร้อยละ 75.32 ซึ่งเป็นไปได้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแตกต่างกันในเรื่องของระยะเวลาในการรักษา

โรคทางจิต เนื่องจากการศึกษาของสุภาวดี เกษไชย ได้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี เท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ จึงอาจส่งผลให้ผลการวิจัยที่ได้มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับบวรพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ที่พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีร้อยละ 26 และภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี<sup>(23)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 67.8 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยและปานกลางร้อยละ 20.3 ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในเรื่องประเภทของการเข้ารับการรักษา เนื่องจากการศึกษาทั้งสองมีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอกเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาที่ออกมาจึงแตกต่างกัน

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 32.9 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Singh JP และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ได้ศึกษาพันธุกรรมในส่วน Val158Met COMT Polymorphism และพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 40.1 และใกล้เคียงกับเวนิช บุราชรินทร์<sup>(72)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 24.6 แต่แตกต่างจากผลการวิจัยของอรุณี โสคติวินิชย์วงศ์ และคณะ<sup>(6)</sup> ที่ได้ศึกษารูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่พบว่า มีบันทึกพฤติกรรมรุนแรงระบุอยู่ในบันทึกทางการแพทย์ ร้อยละ 10.9 และต่างจาก Swanson JW และคณะ<sup>(25)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระดับชาติ และพบว่า ในระยะเวลา 6 เดือน มีพฤติกรรมรุนแรงต่างๆร้อยละ 19.1 และมีพฤติกรรมรุนแรงที่ร้ายแรงร้อยละ 3.6 ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่าบริบททางสังคมของกลุ่มตัวอย่างระยะเวลาในการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีความแตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงร่วมด้วย ดังเช่นการศึกษาของกชพงษ์ สารการ<sup>(69)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 37.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท เช่นเดียวกับมณฑาทิพย์ ชัยเปรม<sup>(12)</sup> ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า ความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 42.5 และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค paranoid schizophrenia

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ ( $\Phi = 0.11$ ) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Swanson JW และคณะ<sup>(25)</sup> ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระดับชาติ พบว่า พฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่เท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย (median or above) จะมีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (Below median) ซึ่งเป็นไปได้ว่าบริบททางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและระยะเวลาในการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผลที่ออกมาแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามสิ่งที่สะท้อนให้เห็นในผลการศึกษาคือ สัดส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมรุนแรงร่วมด้วย สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยการดำเนินโรคของโรคจิตเภท ที่ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยนั้นมีอัตราการเป็นอันตรายและอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ<sup>(33)</sup> รวมถึงการอธิบายการเกิดอาการทางบวกของโรคจิตเภทที่ปรากฏในประชาชนทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า ดังเช่นการศึกษาของ Ohayon MM และ Schatzberg AF<sup>(81)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและโรคจิตในประชากรทั่วไป และพบว่า จากการศึกษาในประชากรทั่วไป 18,980 คน ประชากรทั่วไปมีความชุกของภาวะซึมเศร้า 16.5% ซึ่งในประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า มีถึง 12.5% ที่มีอาการหลงผิดหรือภาพหลอนอย่างใดอย่างหนึ่ง อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอัตราการเกิดของภาพหลอนและความหลงผิด เป็น 0.4 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปได้ว่าในประชากรทั่วไปหากมีภาวะซึมเศร้าก็สามารถที่จะเกิดการหลงผิดหรือเกิดภาพหลอนขึ้นได้ ดังนั้นในกรณีที่บุคคลมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางบวกเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะเกิดการหลงผิดและเกิดภาพหลอนได้เช่นเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่เกิดภาพหลอนหรือมีความหลงผิด มักจะทำตามสิ่งที่ตนเองรับรู้ เช่น หลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย จึงทำพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตัว หรือได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่รุนแรง ไม่ว่าจะผ่านทางคำพูดหรือต่อร่างกายผู้อื่น<sup>(93)</sup>

## 3. ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง กับการมีคติความทางกฎหมาย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ต้องขังทั่วไปในเรือนจำ ดังเช่นการศึกษาของ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์<sup>(77)</sup> ที่ได้ศึกษาสุขภาพจิตและกลไกทางจิตของ

ผู้ต้องขังและนักโทษไทย พบว่าผู้ต้องขังที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดีมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และ การศึกษาของอุทยา นาคเจริญ<sup>(75)</sup> ที่ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพจิตของนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและ ร่างกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้สภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่าเครียด อึดอัด ท้อแท้ เบื่อ กลุ่มใจ ท้อเหี่ยว อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังรู้สึกหงุดหงิด กัดฟัน และเก็บกด ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าลักษณะของประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกันในเรื่องของการเจ็บป่วยทางจิต จึงอาจทำให้ ผลการวิจัยออกมาไม่สอดคล้องกัน แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่พบความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิต เภทที่มีคติความทางกฎหมายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย ซึ่งจากการพูดคุยระหว่างการ ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถูกคุมขังอยู่ในสถานพยาบาลหรือเรือนจำมีความรู้สึก เหมือนกับถูกกักขัง ไม่มีความเป็นอิสระ แออัด มองไม่เห็นความเป็นไปได้ที่จะได้ออกจากที่คุมขัง จึง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง รวมถึงการมีคติความส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย รู้สึกเป็นกังวลและทุกข์ใจเกี่ยวกับการสู้คดี

การมีพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมาย สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี คติความทางกฎหมาย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ Tengstrom A and Hodgins S<sup>(87)</sup> ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมกระทำความผิดทางอาญาของผู้ป่วยนิติจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไปที่เป็นโรคจิต เภท และพบว่า ประวัติความผิดทางอาญาของผู้กระทำผิดในโรงพยาบาลทั่วไปและทางนิติจิตเวชมี ความคล้ายคลึงกัน (ไม่แตกต่างกัน) ยกเว้นว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลนิติเวชที่เคยกระทำความผิด เกี่ยวกับการฆ่า อีกทั้งผลการวิจัยยังชี้ไปที่ความจำเป็นในการประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมความ รุนแรงในหมู่ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีการรักษาที่เหมาะสมก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกระทำผิดทางอาญา ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยจิต เภททุกกลุ่ม ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีความรุนแรงเท่านั้น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Singh JP และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ได้ศึกษาพันธุกรรมในส่วน Val158Met COMT Polymorphism และพฤติกรรม รุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ประวัติอาชญากรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม รุนแรง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าบริบททางสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน พฤติกรรมรุนแรงมีความแตกต่างกัน จึงอาจมีผลทำให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน แต่อย่างไรก็ตามถือ ว่าผลการวิจัยมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมายจะมี พฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคติความทางกฎหมาย เช่นเดียวกับข้อมูลจาก Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings<sup>(94)</sup> ที่พูดถึง ความชุกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากร ทั่วไป โดยพบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า



#### 4. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

**เพศ** ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับปริยันธ์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะบางอย่างของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผลการศึกษาออกมาไม่สอดคล้องกัน แต่อย่างไรก็ตามแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ปรากฏในการวิจัยนี้ ชี้ไปที่เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศภาวะ (Gender) ที่สังคมมีการตีความบทบาทของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน ด้วยค่านิยมและสภาพทางสังคมที่เพศหญิงต้องรับบทบาทหลายๆอย่างพร้อมกัน ทั้งการทำงานนอกบ้านและการรับผิดชอบงานในบ้าน เพศหญิงจึงถูกคาดหวังซึ่งความคาดหวังนั้นส่งผลให้เกิดความกดดันและพัฒนาไปสู่การเกิดความเครียดได้ง่าย<sup>(95)</sup> รวมทั้งลักษณะทั่วไปของเพศหญิงที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ได้ง่ายกว่าเพศชาย ซึ่งถือเป็นบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่า<sup>(29)</sup>

**อายุ** ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ วราพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ที่ทำการศึกษภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เป็นไปได้ว่าทุกช่วงวัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเท่าๆกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยต้องเผชิญหน้ากับโรคเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานในอนาคต หรือผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นตามวัย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอายุและภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป ที่พบความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงอายุหลากหลายออกไป ดังเช่น การศึกษาของปริยันธ์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าสูง และจากการศึกษาของ Heila H และคณะ<sup>(96)</sup> ที่ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายและโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาช่วงอายุอยู่ในวัยกลางคน จะมีอัตราภาวะซึมเศร้าที่สูง

**การดื่มสุรา และสารเสพติด** ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับวราพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ที่ทำการศึกษภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่าการใช้สารเสพติดอื่นๆ และสารเสพติดประเภทสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าบุคคลใช้การดื่มสุราและเสพสารเสพติด เพื่อหาความสุข คลายทุกข์ และหาทางกลับเข้าสู่สังคม เช่นเดียวกับที่พบในประชากรทั่วไปที่มีการดื่มสุราและใช้สารเสพติดเพื่อคลายทุกข์

สร้างความสุขและผ่อนคลาย ดังเช่นการศึกษาของดร.ณิ คุณวัฒนา<sup>(97)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของสตรี พบว่าเหตุผลของการดื่มสุรา คือ เพื่อฉลอง เข้าสังคม และคลายทุกข์

**การฆ่าตัวตาย** ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ ปรียนันท์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการฆ่าตัวตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เป็นไปได้ว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจิตเภทจะฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยทุกรายและทุกระยะของโรค ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ สุดสบาย จุลกัทัพพะ และคณะ<sup>(98)</sup> ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า นอกจากภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตทั้งความคิดหลงผิดและหูแว่ว ก็เป็นปัจจัยที่บ่งบอกอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการฆ่าตัวตายมีอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**การรักษาในปัจจุบัน** ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา Antipsychotic และยาแก้ซึมเศราร่วมกัน เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ได้รับการรักษาอาการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว ภาวะซึมเศร้าที่พบในกลุ่มนี้จึงไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา Antipsychotic เพียงอย่างเดียว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วราพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ที่ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และพบว่า การรักษาด้วยยา Antipsychotic มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการทานยา Antipsychotic ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงของยา จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา Antipsychotic มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการวิจัยในครั้งนี้มีการศึกษาการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศราร่วมด้วย ซึ่งแตกต่างจากวราพงษ์ กำไร จึงส่งผลให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน

**อาการข้างเคียงของยา** มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยา ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา สอดคล้องกับ ปรียนันท์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าการมีอาการข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับ Baynes D และคณะ<sup>(79)</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ และพบว่าอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยยาที่ผู้ป่วยได้รับมีฤทธิ์ทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ไม่เป็นปกติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปากแห้ง,คอแห้ง (ร้อยละ 36.3) มีอาการกระสับกระส่ายอยู่นิ่ง (ร้อยละ 23.6) และมีอาการสั่นที่มีมือ,แขน,หรือลำตัว

(ร้อยละ 21.4) ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยเป็นส่วนมากเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว และภาพลักษณ์ จึงกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียความมั่นใจ จนอาจพัฒนาเป็นความรู้สึกไร้ค่า แต่แตกต่างจากผลการวิจัยของวรารพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ที่พบว่าการไม่มีอาการข้างเคียงจากการกินยาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปได้ว่าบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่และแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี<sup>(23)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง ที่พบว่า อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาของภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจมีการผ่านการปรับยาเรียบร้อยแล้วหรือการปรับตัวของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่าการข้างเคียงจากยาที่ตนเองได้รับมีผลกระทบใดๆต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่เริ่มแรก

**สัมพันธภาพในครอบครัว** มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่และทะเลาะกัน และหากการทะเลาะกันนั้นมีความรุนแรงร่วมด้วย การเพิ่มขึ้นของระดับความรุนแรงจะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับปริยนันท์ สละสวัสดิ์<sup>(29)</sup> ที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นส่วนสำคัญในการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ทั้งการให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาทางจิตอย่างต่อเนื่องหรือโรคที่เรื้อรัง และอยู่ในสภาวะที่เปราะบาง ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องการคือการได้รับการดูแลจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยหรือปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและเข้มแข็ง แต่หากผู้ป่วยถูกละเลย ทอดทิ้ง หรือมีความขัดแย้งในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจได้ง่ายขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของรักสุตา กิจอรุณชัย<sup>(76)</sup> ที่ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรักษาซ้ำภายใน 90 วัน มีปัจจัยมาจากครอบครัว โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำคือ การไม่ยอมรับของญาติและการไม่มีญาติดูแล เช่นเดียวกัน หากในครอบครัวมีการใช้ความรุนแรง หรือขัดแย้งกัน ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพ

ร่างกายและจิตใจของผู้ถูกกระทำ ทำให้เกิดความบอบช้ำทางจิตใจอย่างรุนแรง คล้ายกับสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ถูกทำลายลง ดังนั้นผลกระทบจากการใช้ความรุนแรงในครอบครัวจึงเป็นผลกระทบระยะยาว และนำไปสู่ภาวะของโรคทางจิตหลายอย่าง เช่น ภาวะซึมเศร้า และมีผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ในระยะยาว<sup>(99)</sup>

**การสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่าตนเองได้รับการประคับประคองจิตใจทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญในชีวิต (บุคคลที่นอกเหนือจากเพื่อนหรือครอบครัว) ในระดับที่ต่ำลงมากเท่าใด ยิ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น สอดคล้องกับวราพงษ์ กำไร<sup>(74)</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผลงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับภิญโญภัส พันธุ์ดนตรี<sup>(23)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ สอดคล้องกับสุภาวดี เกษไชย และคณะ<sup>(17)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า และสอดคล้องกับ Baynes D และคณะ<sup>(79)</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่า มุมมองทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังคงมองว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทผิดปกติ น่ากลัว ด้อยค่า ไม่น่าเชื่อถือ ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนบุคคลทั่วไปได้ หรือแม้กระทั่งการใช้คำแทนผู้ป่วยว่าคนบ้า ฝีบ้า หรือไม่เต็มบาท ดังนั้นด้วยมุมมองที่สังคมมีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>(100)</sup> จึงส่งผลให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชมีมุมมองต่อตนเองและสังคมในด้านลบ และด้วยความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ที่มีมักจะคิดว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า รู้สึกอับอาย รู้สึกเป็นตราบาป และมองว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการหรือเป็นที่รังเกียจของสังคม ดังนั้นหากสังคมรอบข้างไม่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย ไม่ให้ความเข้าใจ ไม่ให้ความช่วยเหลือ หรือไม่เป็นที่พึ่งทางใจที่ดีแก่ผู้ป่วยแล้วนั้น ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Subotnik KL และคณะ<sup>(78)</sup> ที่ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในโรคจิตเภทครั้งแรกที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิตเวชของครอบครัว และพบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการขาดการสนับสนุนด้านความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคมักจะไม่หายขาด เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต่อเนื่อง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษา Eklund M และคณะ<sup>(38)</sup> ที่ได้ศึกษาเครือข่ายทางสังคมของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่อง และ

พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมถือเป็นทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง

## 5. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

**เพศ** มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการศึกษาความสัมพันธ์ตัวแปรรายคู่ โดยการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นเพศชายสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นเพศหญิง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของเพศในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวนิช บุราชรินทร์<sup>(72)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh JP และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ได้ศึกษาพันธุกรรมในส่วน Val158Met COMT Polymorphism และพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่นเดียวกันสำหรับการศึกษาในกลุ่มที่มีลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตใกล้เคียงกัน อย่างเช่นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ดังเช่นการศึกษาของ สุตสาคร จำมัน<sup>(70)</sup> ที่ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง เช่นเดียวกับสาธิตา ไคว้บุญงาม<sup>(84)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตจะมีแนวโน้มที่เพศชายจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยเกี่ยวกับเพศเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงโดยตรง แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย เช่น การดื่มสุรา เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศชายส่วนมากมีการดื่มสุรา ร้อยละ 81.1 แตกต่างจากเพศหญิงที่มีการดื่มสุราเพียง 33.3 ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าสุราเป็นตัวแปรก่อนที่ส่งผลให้เพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าเพศหญิง

**การดื่มสุรา** มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยการดื่มสุรากับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะสอดคล้องกันไปตามช่วงเวลา ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดื่มสุราในปัจจุบันหรือในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่เคยดื่มสุรา แต่หยุดดื่มแล้วนานกว่า 1 เดือน และไม่เคยดื่มสุรา ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ Hartwell KJ และคณะ<sup>(101)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวภาพระหว่างการใช้ยาและการติดยาเสพติด พบว่า ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภทและมีการดื่มสุราร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความรุนแรง และมีผลต่อการกำเริบของโรค สอดคล้องกับ Rasanen P และคณะ<sup>(88)</sup> ที่ได้ศึกษาโรคจิตเภท การดื่ม

แอลกอฮอล์ และพฤติกรรมรุนแรง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ Walsh E และคณะ<sup>(89)</sup> ที่ได้ศึกษาการทำนายพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภท และพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็น 3.5 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า แอลกอฮอล์หรือสุรามีผลโดยตรงต่อระบบประสาท โดยกีดการทำงานของระบบประสาท และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทใช้สุราติดต่อกัน มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงาน และส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับแอลกอฮอล์เข้าไปก็ย่อมส่งผลต่อสารสื่อประสาท ซึ่งเป็นที่มาของความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรม และมีอาการทางจิตที่แย่ลงหลังใช้สุรา<sup>(102, 103)</sup>

**การใช้สารเสพติด** มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการศึกษาความสัมพันธ์ตัวแปรรายคู่ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวนิช บุราชรินทร์<sup>(72)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Fazel S และคณะ<sup>(10)</sup> ที่ได้ศึกษาโรคจิตเภท และพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เสพยาเสพติด ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าปัจจัยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงโดยตรง แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย เช่น การดื่มสุรา โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนมากผู้ที่มีการเสพยาเสพติด มักจะมีการดื่มสุราร่วมด้วย ร้อยละ 67.4 สอดคล้องกับการศึกษาของจีระพรรณ สุริยงค์<sup>(21)</sup> ที่ศึกษาความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งเป็นไปได้ว่าการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาจจะเป็นผลมาจากการดื่มสุรา

**การฆ่าตัวตาย** มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยจำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากการฆ่าตัวตายถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเคยมีประวัติของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมาแล้ว ก็ย่อมส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับเวนิช บุราชรินทร์<sup>(72)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อีกทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่สนใจคือ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมรุนแรงที่นำมาวิเคราะห์จะทำการตัดด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองออกแล้ว แต่ผลการวิจัยก็

ยังชี้ให้เห็นว่าการทำพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองโดยการฆ่าตัวตายนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอื่นๆ ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ด้วยเช่นเดียวกัน ดังเช่นข้อมูลจาก Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings<sup>(94)</sup> ที่พูดถึงเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะอันตรายสูงและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายสูง มีเกณฑ์จำแนก คือ (1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (3) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง ซึ่งประวัติการฆ่าตัวตายถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

**สัมพันธภาพในครอบครัว** มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการศึกษาความสัมพันธ์ตัวแปรรายคู่ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เป็นไปได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวทั้ง 3 แบบ แตกต่างกันไปเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Swanson JW และคณะ<sup>(25)</sup> ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระดับชาติ พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่รู้สึกว่าการรับฟังมากที่สุดมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ความรู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่รับฟัง แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า หากสัมพันธภาพในครอบครัวมีความขัดแย้งหรือทะเลาะกันย่อมส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ และยังการทะเลาะกันในครอบครัวนั้นมีความรุนแรงร่วมด้วยจะยิ่งเพิ่มระดับพฤติกรรมรุนแรงด้วย หรือแม้กระทั่งสัมพันธภาพในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่มากขึ้นเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Chan HY และคณะ<sup>(104)</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมการแสดงออกของความโกรธในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความกดดันทางสังคม การตำหนิผู้ป่วย การไม่ยอมรับผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล รวมทั้งการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ก็ยังพบว่าผลการวิจัยมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาของ ประภาส อุดรอนันท์ และคณะ<sup>(105)</sup> ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรงที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวช พบว่า การที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัวเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกระทำผิด ร้อยละ 23.1 หรือแม้กระทั่งการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปก็ยังพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีหรือมีความรุนแรงในครอบครัวจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้เช่นกัน ดังเช่นการศึกษาของ วลลี ธรรมโกสิทธิ์<sup>(106)</sup> ที่ได้ศึกษาความตรงของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และทบทวนวรรณกรรมพบว่า รายงาน

การวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าผู้กระทำความผิดในคดีความรุนแรงมักเกิดจากการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ขาดความอบอุ่น ถูกทารุณกรรมจากพ่อแม่ พ่อแม่ไม่เป็นที่ปรึกษาที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐวุฒิ อรินทร์<sup>(11)</sup> ที่ได้รวบรวมแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และพบว่าเหยื่อของความรุนแรงมักเป็นคนใกล้ชิดที่เป็นปัจจัยกระตุ้น ซึ่งลักษณะสัมพันธ์ภาพที่ไม่มั่นคง มีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่น มีเหตุทะเลาะกันบ่อยๆ ทำร้ายร่างกายกัน เป็นสาเหตุของความรุนแรงต่างๆที่เกิดขึ้น และความรุนแรงในครอบครัวจะยกระดับความรุนแรงไปสู่ครอบครัว เนื่องจากบุคคลจะใช้วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยความรุนแรงตามที่เคยได้กระทำในครอบครัว ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่สามารถพบได้ในประชากรทั่วไปก็สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน

### ข้อจำกัดการวิจัย

- เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์เท่านั้น ดังนั้นผลการวิจัยจึงไม่สามารถครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ ได้ และการกำหนดจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีความและไม่มีคดีความ เป็นสัดส่วน 100 : 40 อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดที่มารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์

- การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้นทำไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถให้การยินยอมได้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกรอก (Exclusion Criteria) ดังนั้นผลที่ได้จึงอาจประมาณค่าต่ำกว่าความเป็นจริง

- การเก็บข้อมูลไม่สามารถทำได้ในกรณีที่ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย และกรณีที่เจ้าหน้าที่ทำการแยกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงออกหลังจากพบแพทย์ จึงส่งผลให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่มาพบแพทย์ได้

- การมีคดีความทางกฎหมายเป็นแบบตลอดชีวิต (Lifetime) แต่พฤติกรรมรุนแรงที่ศึกษาเป็นการดูพฤติกรรมในปัจจุบัน จึงอาจไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะสำหรับทีมสหวิชาชีพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการชี้ให้เห็นว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งที่เป็นทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง



เนื่องจากทั้ง 2 ภาวะ มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดทางกฎหมายที่ร้ายแรง ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อเป็นการป้องกันการกระทำผิดกฎหมายของผู้ป่วยโรคจิตที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกัน ผู้ป่วยโรคจิตเภท

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มเติมการศึกษาตัวแปรอื่นๆที่อาจจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงร่วมด้วย เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก ถึงสาเหตุและปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ควรมีการศึกษาขยายไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมายที่ถูกคุมขังอยู่ภายในเรื่องจำต่างๆ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมและใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความทางกฎหมายที่อยู่ในสถานพยาบาลและเรือนจำ

### สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.4 และมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 32.9 ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคติความยังมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เป็น 1.9 และ 1.3 เท่า

สำหรับปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีอาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุรา และประวัติการฆ่าตัวตาย

## รายการอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. โรควิตกกังวล (Schizophrenia)[cited 2557 12 ธันวาคม]. Available from: [http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/schizophrenia\\_article](http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/schizophrenia_article).
2. สุพัฒน์ เตชะดิวงค์ ณ อยุธยา. คู่มือจิตเวชศาสตร์ สำหรับประชาชน. 1, editor. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์; 2542.
3. สมชาย จักรพันธ์. การประชุมสุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลก. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2544; 9:3-161.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล็อก; 2556.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. RE:กรมสุขภาพจิต เปิดบ้านหลังคาแดง ต้อนรับวันสุขภาพจิตโลก เผย “จิตเภท” ครองอันดับ 1 2557 [cited 2557 11 ธันวาคม]. Available from: <http://www.dmh.go.th/intranet/>.
6. อรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์, กฤษณา อยู่ศิริ, นิตยา สุริยะพันธ์, สายัณห์ แสนโคตร. รูปแบบการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2554;1:8-17.
7. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. สถิติการให้บริการนิติจิตเวช ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2557. กรุงเทพมหานคร: งานเวชระเบียนและสถิติ; 2557.
8. Tengstrom A, Hodgins S, Grann M, Langstrom N, Kullgren G. . Schizophrenia and criminal offending: the role of psychopathy and substance use disorders. Crim Justice Behav. 2004;31367- 91.
9. Fazel S, Langström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. The Journal of the American Medical Association. 2009;301(19):2016-23.
10. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med.6(8):e1000120.
11. ญัฐวุฒิ อรินทร์. คู่มือการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (ฉบับปรับปรุง). 2 ed. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2553.
12. มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;1:57-65.
13. Singh JP, Volavka J, Czobor P, Van Dorn RA. A Meta-Analysis of the Val158Met COMT Polymorphism and Violent Behavior in Schizophrenia 2012 [cited 2015 15

June] ; 7 : [ e4 3 4 2 3 p. ] . Available from:  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043423#pone-0043423-g002>.

14. Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak T. Aggressive behaviour, victimisation, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *Br J Psychiatry*. 2007;191:343-50.
15. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry* 1986;143(1):35-9.
16. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull*. 1990;16:571-89.
17. สุภาวดี เกษไชย, ยาใจ สิทธิมงคล, นพพร ว่องสิริมาศ, สุภาภักดิ์ เกตตราสุวรรณ. ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล* 2555;4:90-124.
18. อภิสมัย ศรีรังสรรค์. Live Stories นก ชลิดา2557 [cited 2557 10 ธันวาคม]. Available from: <http://www.thaifamilylink.net/web/node/8/>.
19. Siris S, Bench C. Depression and schizophrenia. *Schizophrenia*, editor. UK: Blackwell; 2003.
20. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):383-402.
21. จีระพรรณ สุริยงค์ม, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพาภรณ์ แก้วมา, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, เดชา ทำดี. ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2557;1:57-65.
22. สุนันทา ศรีสาคร, editor บทความย่อยผลงานวิชาการ ในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2551. "ตั้งดวงแก้ว ส่องฟ้าสาธารณสุข"; 2551 28-30 พ.ค. 2551; โรงแรมปรินซ์ พาเลซ(มหานคร): กรุงเทพฯ; 2551.
23. ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
24. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Phil Trans R Soc B* 2008;363:2505-18.
25. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA. A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(5):490-9.

26. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003;21:523-46.
27. Ministry of Public Health, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary Thailand. ICD-10-TM Volume 1: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 2012.
28. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. โรคจิตเภท [cited 2557 13 ธันวาคม]. Available from: <http://th.wikipedia.org/wiki/โรคจิตเภท>.
29. ปรียพันธ์ สละสวัสดิ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
30. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. 1 ed. กรุงเทพมหานคร 2558 มกราคม 2558.
31. โรงพยาบาลมหารมณ. โรคจิตเภท [cited 2558 20 ธันวาคม]. Available from: <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=93>.
32. นันทวิช สัทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. จิตเวช ศิริราช DSM-5. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558.
33. พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท = Textbook of Schizophrenia. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
34. งามอาจ เชียงแขก. ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
36. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. 3 ed. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
37. วิชัย สันติมาลีวรกุล. ผลของขนาดยา Trihexyphenidyl ต่อระดับความจำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.

38. Eklund M, Hansson L. Social Network Among People With Persistent Mental Illness: Associations With Sociodemographic, Clinical and Health-Related Factors. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53(4):293-305.
39. จงรัชช์ ปัญญา. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
40. สมภพ เรื่องตระกูล, และคณะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2542.
41. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ICD-10 TM บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย. 1 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553.
42. Ministry of Public Health, Bureau of Policy and Strategy. ICD-10-TM Volume 5 Standard Coding Guidelines : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Bangkok, Thailand: Office of the Permanent Secretary Thailand; 2014.
43. กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงาน กระทรวงสาธารณสุข. บัญชียาหลักแห่งชาติ National List of Essential Medicines (NLEM) 2558 [cited 2559 26 มีนาคม]. Available from: <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/essential/list>.
44. วรวัฒน์ จันทรพัฒน์. ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2000;45(4):371-80.
45. อนุรักษ์ จำปาทอง บ. mhGAP Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1. 1 ed. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548 มีนาคม 2554.
46. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับ พยาบาล รพท./รพช 2551 [cited 2559 26 มีนาคม]:[12-3 pp.]. Available from: [http://www.saohaihospital.com/qbank\\_3\\_pdf/28.pdf](http://www.saohaihospital.com/qbank_3_pdf/28.pdf).
47. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์,บรรณานิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียง. 4 ed. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
48. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ค. คู่มือยาจิตเวชชุมชน Manual to Use Drug 2013. Available from: <http://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/ss-18730309>.

49. สถาบันวิจัยรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม, editor นิติศาสตร์เสวนา ครั้งที่ 10/2555. กฎหมายใหม่ทางนิติเวชศาสตร์ นิติวิทยาศาสตร์ และการแพทย์เกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรม; 2555 17 ก.ย. 2555; ณ ห้องธาราทะบอลล์ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค: กรุงเทพมหานคร.
50. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. 1 ed. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2553.
51. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. 6 ed. กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด; กันยายน 2557
52. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, editor การประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการใช้มาตรฐานบริการนิติจิตเวชในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต. แนวทางการบริการนิติจิตเวชสำหรับสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต; 2557 3-4 พ.ย. 2557; สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์: กรุงเทพฯ.
53. ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือการดำเนินงานเพื่อชีวิตสถานการณ์ทางสังคม ในการเฝ้าระวังและเตือนภัย ต่อบุคคลในครอบครัว ด้านความรุนแรงในครอบครัว 2557 [cited 2 5 5 8 2 0 ม ก ร ำ ค ม ]. Available from: [https://www.m-society.go.th/download/article/article\\_20150206144414.pdf](https://www.m-society.go.th/download/article/article_20150206144414.pdf).
54. สุทธิพร เจณณวาสิโน. นิติจิตเวช [cited 2 5 5 7 1 0 ธันวาคม]. Available from: <http://www.ramamental.com/psychiatrist/forensic/>.
55. สุพรรณณี แสงรักษา. ความผิดปกติทางจิตเวช และปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ถูกกล่าวหาที่ผู้อื่นที่ถูกส่งมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
56. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, บรรณาธิการ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. 1 ed. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553 พฤศจิกายน 2553.
57. ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, ผู้แปล. โรคอารมณ์ซึมเศร้า คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง จำกัด; 2543.
58. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์; 2542.
59. สมภพ เรื่องตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์; 2533.
60. สุทธนันท์ ชุมแจ่ม. สำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
61. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. Compr Psychiatry. 1988;29:467-83.

62. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1990;3(4):247-51.
63. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1994;11(3):239-44.
64. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1992;6(3):201-8.
65. Addington D. The Calgary Depression Scale for Schizophrenia[cited 2015 18 January ]. Available from: <http://www.ucalgary.ca/cdss/>.
66. Sirijit Suttajit, Manit Srisurapanont, Suttrak Pilakanta, Chawanun Charnsil, Siritree Suttajit. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2013;9:113-8.
67. รณชัย คงสกนธ์, editor สัมมนาสังคมศาสตร์เชิงพฤติกรรม. ความรุนแรงในครอบครัว ภัยเงียบของสังคม; 2549; สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.
68. Wilson HS, Kneisl CR *Psychiatric nursing.* 5 ed. Menlo Park: Addison Wesley Nursing; 1996.
69. กชพงษ์ สารการ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
70. สุดสาคร จำมัน. การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
71. บุศยา บุญใจเพ็ชร. แนวพิจารณาในการให้ยาเมื่อจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลสวนปรุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
72. เวนิช บุราชรินทร์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
73. กัญญาวรรณ ระเบียบ. ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
74. วราพงษ์ กำไร. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
75. อุทยา นาคเจริญ. สภาวะสุขภาพจิตของนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย. *วารสารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์* 2547;1:1.


76. รักสุตา กิจอรุณชัย. ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555;20(3):154-62.
77. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2550;15(2):79-92.
78. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Asarnow RF, et al. Depressive symptoms in the early course of schizophrenia: relationship to familial psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1551.
79. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, Macflynn G, Lynch G, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res*. 2000;45:47-56.
80. Moussaoui D, El Kadiri M, Agoub M, Tazi I, Kadri N. Dépression, suicidalité et schizophrénie. *L'Encéphale*. 1999;3:9-11.
81. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1855-61.
82. ประภาพร นพสุวรรณ. การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องเข้าห้องแยก โรงพยาบาลสวนปรุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
83. ปัญญา ทองทัฬ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;4:121-7.
84. สาลิกา ไคว์บุญงาม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. CHULALONGKORN UNIVERSITY
85. Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:669- 79.
86. Kennedy HG, Kemp LI, Dyer DE. Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence. *The British Journal of Psychiatry* Apr 1992;160(4):488-92.
87. Tengstrom A, Hodgins S. Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(412):62-6.



88. Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakaulio P, Lehtonen J, Juha M. et al. Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophr Bull.* 1998;24(3):437-41.
89. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research* 2004;67(2-3):247-52.
90. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(5):393-401.
91. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, editor โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการนักวิจัยรุ่นใหม่ 2556 8 มี.ค. – 3 เม.ย. 2556; ณ ห้องประชุมนิทานกอด ชั้น 2 อาคาร 35 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา: กรุงเทพมหานคร.
92. ทินกร วงศ์ปการันย์, ณพทัย วงศ์ปการันย์, ศิริจิต สุทธิจิตต์, พุฒิพงษ์ พุกกะมาน, รัชช รัชชตระกูล, เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ, และคณะ. โครงร่างการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 2552 [cited 2558 17 มกราคม]. Available from: [http://medresnet.damus.in.th/damus/files/83\\_20120904104847\\_Thaisad\\_Report\\_May8%202011\\_SK-Edit.pdf](http://medresnet.damus.in.th/damus/files/83_20120904104847_Thaisad_Report_May8%202011_SK-Edit.pdf).
93. Lindenmayer JP, Khan A. Textbook of schizophrenia. Lieberman J. A. STS, Perkins D. O., editor. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
94. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิต 21 มีนาคม 2559]. Available from: [http://www.skph.go.th/newskph/download\\_news/SeriousMentalIllness.pdf](http://www.skph.go.th/newskph/download_news/SeriousMentalIllness.pdf).
95. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดน์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เยาวเรศ สุตะโท. เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57(1):61-74.
96. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Suicide and Schizophrenia: A Nationwide Psychological Autopsy Study on Age- and Sex-Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims With Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1997 154(9):1235-42.
97. ดร.ณิ คุณวัฒนา. พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรี ในเขตอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมาปี 2554. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม.* 2554;7(2):42-57.

98. สุดสบาย จุลกัทัพพะ, เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา, จรียา จันตระ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2542;44(2):99-109.
99. พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นพวรรณ เปี้ยซื่อ, ดรุณี ชูณหะวัต, รณชัย คงสกนธ. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อป้องกันความรุนแรงในครอบครัว. Rama Nurs J. 2011;17(3):444-6.
100. สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนบเกษร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารไทยเภสัชศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ 2557;9(3):98-104.
101. Hartwell KJ, Tolliver BK, Brady KT. Biological commonalities between mental illness and addiction. Primary Psychiatry. 2009;16(8):33-9.
102. Green A.I., Drake R.E., Brunette M.F., Noordsy D.L. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. American Journal of Psychiatry. 2007;164(402-408).
103. เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุทยา. ความสำเร็จในการเลิกสูราของผู้ป่วยสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(1):1-15.
104. Chan HY, Lu RB, Tseng CL, Chous KR. Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2003;17 (2):88-95.
105. ราณี ฉายินทุ, นงลักษณ์ สาดรา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรกและกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: โรงพยาบาลนิติจิตเวช; 2543.
106. วลลี ธรรมโกสิทธิ์. ความตรงของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง:HCR-20. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2550;15(2):101-9.



 <p><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant)</p> <p>หน้า 1 / 4</p>
---	--

**ชื่อโครงการวิจัย** “ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบัน  
กัลยาณิราชนครินทร์”

### ผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจอมขวัญ นามสูตร  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาครา กรุงเทพมหานคร  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ 084-222-3161 (มือถือ)

### อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ ผศ. ดร. นพ. ชัยชนะ นิ่มนวล  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาครา กรุงเทพมหานคร  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ 02-2564445, 02-2564298  
แหล่งทุน ไม่มี

### เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ด้วย  
โรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และเป็นผู้ที่ตรงตามเกณฑ์การศึกษาวิจัย

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่าน  
ได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจาก  
ผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวท่านได้  
ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการนี้ ขอให้ท่านลงนาม  
ในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

#### เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และการเจ็บป่วยโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อ  
คุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหากผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลับมา  
ป่วยซ้ำ และอาจจะตามมาด้วยการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอยู่เสมอ จนบางรายมีการกระทำผิดที่เกิดเป็น  
คดีความขึ้นมาทั้งที่เป็นคดีเล็กน้อยจนถึงคดีที่รุนแรง ดังนั้นเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงควรมีความ  
ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทั้ง

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2 / 4</p>
---	---

ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงควบคู่กัน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ สำหรับวางแผนการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกัน ต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุก ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ปักจัญที่เกี่ยวข้อ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 140 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากที่ท่านได้ยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถาม 5 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยจะคัดลอกข้อมูลของท่านจากแฟ้มประวัติ 2) แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย ที่ท่านเป็นผู้ตอบเอง 3) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ที่ให้ผู้ดูแลหลักหรือพยาบาลในกรณีที่ท่านเป็นผู้ป่วยในตอบ ส่วน 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามและให้ท่านเป็นผู้ตอบ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 30-45 นาที

#### ความเสี่ยงที่อาจจะได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยถือเป็นความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย (Minimal risk) คือ อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก หรือเสียเวลาในการให้ข้อมูลได้ กรุณาแจ้งผู้วิจัย ในกรณีที่ท่านรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ แม้เพียงเล็กน้อย

#### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับความเสี่ยงอื่นใดที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา


#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆโดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านองค์ความรู้ ข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปใช้โดยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ วางแผนการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกัน ต่อไป

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความเดือดร้อนหรือทุกข์ใจที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านเกิดข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์</b> <b>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย</b> <b>(Information sheet for research participant)</b></p> <p style="text-align: right;">หน้า 3 / 4</p>
--	--

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือขอถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด และการลงนามในเอกสารยินยอมไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวจอมขวัญ นามสูตร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นจากการวิจัยครั้งนี้

ค่าชดเชยและค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด อีกทั้งการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน


หากท่านยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวจอมขวัญ นามสูตร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบการวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย


 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 4 / 4</p>
---	---

5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะให้ผู้ดูแลหลักที่มากับท่านในวันตรวจหรือพยาบาลในกรณีที่ท่านเป็นผู้ป่วยใน ให้ข้อมูลของท่านในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14,15 ในเวลาราชการ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form)</b></p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 2</p>
---	---

**การวิจัยเรื่อง** “ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์”

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่.....

.....ได้อ่านรายละเอียด

จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้า  
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดปัญหาใดๆที่กระทบต่อข้าพเจ้าจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตัดสินใจไม่ให้ข้อมูลหรือบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และการบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form)</p> <p>หน้า 2 / 2</p>
--	---

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้วิจัย  
(.....) ชื่อผู้วิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed Consent Form)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์”

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวจอมขวัญ นามสูตร

**สถานที่ทำวิจัย** สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

**สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ**

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ 084-222-3161 (มือถือ)

**ผู้สนับสนุนทุนวิจัย** ไม่มี

**ระยะเวลาในการวิจัย** 1 ปี 6 เดือน

**โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ** 1) หาปริมาณผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง 2) หาความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี 3) หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย** เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผลของการวิจัยสามารถนำไปใช้โดยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ สำหรับวางแผนการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกัน ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

**ข้าพเจ้าได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้** เนื่องจากข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ด้วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และเป็นผู้ที่ตรงตามเกณฑ์การศึกษาวิจัย

**จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น** ประมาณ 140 คน

**หากข้าพเจ้าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้** คือ หลังจากที่ข้าพเจ้าได้ยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถาม 5 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยจะคัดลอกข้อมูลของข้าพเจ้าจากแฟ้มประวัติ 2) แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติ

เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย ที่ข้าพเจ้าเป็นผู้ตอบเอง 3) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ที่ให้ผู้ดูแลหลักหรือพยาบาลในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยในตอบ ส่วน 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามและให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ตอบ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 30-45 นาที

**ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย** ถือเป็นความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย (Minimal risk) คือ อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม หรือเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 30-45 นาที

**หากข้าพเจ้าไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้** ข้าพเจ้าก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของข้าพเจ้าตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาตามวิธีการเดิมที่ข้าพเจ้าเคยได้รับก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

**หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ นางสาวจอมขวัญ นามสูตร ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ 084-222-3161 (มือถือ)

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย** ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านองค์ความรู้ ข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปใช้โดยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ วางแผนการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกัน ต่อไป

**ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นจากการวิจัยครั้งนี้**

**หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้** ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

**ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้** โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

**หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้** ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานองค์กรแพทย์ ชั้น 3 ตึกอำนวยการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โทร. 02-8899067 ต่อ 1117 หรือ 1118

**ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ** โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการ

รักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (หมายถึง เพื่อน/ญาติ/คนสนิท/พยาบาลหรือ

(.....)

วันที่.....

เจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อ  
ญาติได้หรือผู้ป่วยถูกนำส่งมารับการรักษา  
โดยเจ้าหน้าที่)

ชุดที่ 1

## แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

## 1. เพศ

ชาย..... <sub>1</sub>หญิง..... <sub>2</sub>

## 2. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี

## 3. คดีความทางกฎหมาย

ไม่มีคดีความ..... <sub>1</sub>มีคดีความ..... <sub>2</sub>

โปรดระบุ.....

## 4. การเข้ารับการรักษา

ผู้ป่วยนอก (OPD)..... <sub>1</sub>ผู้ป่วยใน (IPD)..... <sub>2</sub>

## 5. ระยะเวลาในการรักษาโรคจิตเภท.....

## 6. การรักษาในปัจจุบันที่ได้รับ

ยา..... <sub>1</sub>ยาแก้อาการซึมเศร้า..... <sub>2</sub>การรักษาด้วยไฟฟ้า ECT..... <sub>3</sub>อื่นๆ..... <sub>4</sub>

โปรดระบุ.....

## 7. การเจ็บป่วยทางกาย

ไม่มีโรคทางกาย..... <sub>1</sub>มีโรคทางกาย..... <sub>2</sub>

โปรดระบุ.....

ชุดที่ 2

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

## 1. สถานภาพสมรส

- โสด.....  1
- แต่งงาน.....  2
- หย่าร้าง.....  3
- หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต.....  4

## 2. วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ

- ไม่ได้เรียนหนังสือ.....  1
- ประถมศึกษา.....  2
- มัธยมศึกษา/ปวช.....  3
- อนุปริญญา/ปวส.....  4
- ปริญญาตรี.....  5
- สูงกว่าปริญญาตรี.....  6

## 3. อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ.....  1
- ประกอบอาชีพ.....  2    ไปรตระบุ .....

## 4. รายได้ส่วนตัว (หมายถึง รายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากทุกแหล่ง)

- ไม่มีรายได้.....  1
- มีรายได้.....  2 ...../เดือน

## 5. สัมพันธภาพในครอบครัว

- อยู่กันอย่างราบรื่น.....  1
- ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง.....  2
- ทะเลาะกันรุนแรงบางครั้ง.....  3
- ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยๆ.....  4
- ต่างคนต่างอยู่.....  5

## 6. เมื่อทานยาทางจิตเวช ท่านมีอาการข้างเคียงของยา หรือไม่ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีอาการข้างเคียงของยา.....  1
- มีอาการคันที่มือ, แขน, ขา, หรือตัวแข็ง.....  2
- มีอาการคอแข็ง, ตาเหลือก, ขากรรไกรค้ำ.....  3
- มีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้.....  4
- มีอาการเคี้ยวปาก, ตูดลิ้น, แลบลิ้น.....  5
- ปากแห้ง, คอแห้ง.....  6

## 7. ท่านเคยดื่มสุรา (หมายถึง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สเปย์ ไวน์ เป็นต้น) หรือไม่

- ไม่เคยดื่มสุรา.....  1
- เคยดื่มสุรา แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน.....  2
- เคยดื่มสุรา และยังคงดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา.....  3

## 8. ท่านเคยใช้สารเสพติดหรือไม่

- ไม่เคยใช้สารเสพติด.....  1
- เคยใช้สารเสพติด แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน.....  2 โปรตระบุชนิด.....
- เคยใช้สารเสพติด และยังคงใช้ใน 1 เดือนที่ผ่านมา.....  3 โปรตระบุชนิด.....

## 9. ท่านมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

- ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย.....  1
- เคยพยายามฆ่าตัวตาย.....  2 จำนวน..... ครั้ง

## ชุดที่ 3

แบบสอบถามความรู้สึกลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย  
(Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support : r-T-MSPSS)

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยการอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าทำความรู้สึกอย่างไรในข้อความนั้น และทำวงกลม  ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 7 ระดับ ดังนี้ (\*\* บุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากเพื่อนหรือครอบครัว)

	ระดับความรู้สึกลักษณะ						
	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วยบ้าง	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือฉันเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	1	2	3	4	5	6	7
2. มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
3. ครอบครัวของฉันพยายามช่วยเหลือฉันจริงๆ	1	2	3	4	5	6	7
4. ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวคนที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
5. ฉันมีบุคคลพิเศษ ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริงๆแก่ฉัน	1	2	3	4	5	6	7
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยเหลือจริงๆ	1	2	3	4	5	6	7
7. ฉันสามารถพึ่งพาศาสน์เพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
8. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	1	2	3	4	5	6	7
9. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
10. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6	7
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	1	2	3	4	5	6	7



#### ชุดที่ 4

### แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

(The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS)

ผู้สัมภาษณ์ : กรุณาคำถามแรกดังที่เขียนไว้ และตรวจสอบหรือถามเพิ่มเติมด้วยคำถามอื่นตามที่ท่านเห็นสมควร โดยถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยกเว้นในกรณีที่กำหนดเงื่อนไขอื่น (หมายเหตุ: ข้อ 9 ได้จากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์)

1. ความซึมเศร้า: คุณจะบรรยายถึงอารมณ์ของคุณในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร? เมื่อเร็วๆนี้คุณยังคงร่าเริงดีตามปกติ หรือว่าคุณซึมเศร้าหรือเศร้าใจ? ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหนที่คุณ (ใช้คำของคุณเอง) ทุกวัน? ทั้งวัน?

0. ไม่มี

- เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่าง หรือความท้อใจเมื่อถาม
- ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน
- รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

2. ความรู้สึกสิ้นหวัง: คุณมองตัวเองในอนาคตว่าเป็นอย่างไร? คุณมองว่ามีอนาคตบ้างไหม? หรือว่าชีวิตดูสิ้นหวัง? คุณยอมแพ้หรือยัง หรือว่ามันยังคงมีเหตุผลที่จะพยายามต่อไปอยู่?

0. ไม่มี

- เล็กน้อย มีบางครั้งที่รู้สึกสิ้นหวังในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความหวังในระดับหนึ่งกับอนาคต
- ปานกลาง รู้สึกสิ้นหวังปานกลางอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถชักจูงให้ยอมรับความเป็นไปได้ว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น
- รุนแรง รู้สึกสิ้นหวังที่ทุกข์ทรมานและต่อเนื่อง

3. ความรู้สึกไร้ค่า: คุณมองตนเองว่าเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น? คุณรู้สึกว่าคุณดึกกว่า, ต้อยกว่า, หรือว่าพอๆกันกับคนอื่น? คุณรู้สึกต่ำต้อยหรือไร้ค่าบ้างไหม?

0. ไม่มี

- เล็กน้อย รู้สึกต่ำต้อยบ้าง แต่ไม่ได้มากจนรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
- ปานกลาง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แต่น้อยกว่า 50% ของเวลา
- รุนแรง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มากกว่า 50% ของเวลา แต่เมื่อถูกชักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนไม่ได้ไร้ค่า

4. ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา: คุณรู้สึกว่าคุณตำหนิหรือถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นจริงบ้างไหม? เป็นเรื่องอะไร? (ไม่นับหากเป็นการตำหนิหรือกล่าวหาที่สมเหตุสมผล และไม่รวมความคิดหลงผิดว่าตนทำผิด)

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย รู้สึกว่าถูกตำหนิแต่ไม่ถูกกล่าวหาน้อยกว่า 50% ของเวลา
2. ปานกลาง รู้สึกว่าถูกตำหนิ และ/หรือ ถูกกล่าวหาเป็นบางครั้ง
3. รุนแรง รู้สึกว่าถูกกล่าวหาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อถูกซักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนไม่ได้ถูกกล่าวหา

5. ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ: คุณมีแนวโน้มที่จะตำหนิตัวเองสำหรับเรื่องเล็กๆน้อยๆที่คุณทำไปในอดีตไหม? คุณคิดว่าคุณสมควรที่จะรู้สึกผิดเกี่ยวกับมันมากอย่างนี้หรือไม่?

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย รู้สึกผิดมากเกินไปเกี่ยวกับการกระทำในอดีต แต่น้อยกว่า 50% ของเวลา
2. ปานกลาง มักจะรู้สึกผิด(มากกว่า50%ของเวลา) เกี่ยวกับการกระทำในอดีต ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความสำคัญมากเกินไป
3. รุนแรง มักจะรู้สึกว่าตนสมควรถูกตำหนิสำหรับทุกอย่างที่ผิดพลาดไป แม้ว่าจะไม่ใช่ความผิดของตนก็ตาม

6. ความซึมเศร้าตอนเช้า: เมื่อคุณรู้สึกซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณสังเกตว่าความซึมเศร้าแย่งลงในช่วงเวลาไหนของวันเป็นพิเศษหรือไม่?

0. ไม่มี ไม่มี ความซึมเศร้า
1. เล็กน้อย มีความซึมเศร้า แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา
2. ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกเองว่าความซึมเศร้าแย่งลงในช่วงเช้า
3. รุนแรง ความซึมเศร้าแย่งลงมากในช่วงเช้า และส่งผลให้การทำงานที่เสียไป ความซึมเศร้าดีขึ้นในช่วงบ่าย

7. ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ: คุณตื่นนอนเช้ากว่าปกติหรือไม่? ภายในหนึ่งสัปดาห์เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน?

0. ไม่มี ไม่มีการตื่นนอนเช้ากว่าปกติ
1. เล็กน้อย ตื่นนอนก่อนเวลาปกติหรือก่อนนาฬิกาปลุกอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเป็นครั้งคราว (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. ปานกลาง มักจะตื่นนอนก่อนเวลาปกติหรือก่อนนาฬิกาปลุกอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (3-5 ครั้งต่อสัปดาห์)
3. รุนแรง ตื่นนอนก่อนเวลาปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงทุกวัน

8. การฆ่าตัวตาย: คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีค่าพอที่จะใช้ชีวิตอยู่หรือไม่? คุณเคยรู้สึกอยากจะทำชีวิตบ้างไหม? คุณเคยคิดใหม่ว่าจะทำอะไร? คุณเคยลองทำจริงๆไหม?

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย มีความคิดว่าตายไปเสียดีกว่า หรือคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยๆ
2. ปานกลาง มีแผนการฆ่าตัวตาย แต่ไม่เคยพยายามทำจริง
3. รุนแรง มีการพยายามฆ่าตัวตายที่ดูแล้วต้องการจบชีวิต (นั่นคือ ถูกพบโดยบังเอิญ หรือวิธีการที่ใช้ไม่สำเร็จผล)

9. ความซึมเศร้าที่สังเกตได้: ขึ้นอยู่กับการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบ การถามว่า “คุณรู้สึกอยากจะทำอะไรหรือไม่” ณ เวลาที่เหมาะสมระหว่างการสัมภาษณ์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการสังเกตนี้

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าและเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่อารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า
2. ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าตลอดการสัมภาษณ์ ด้วยน้ำเสียงราบเรียบอย่างเศร้าหมอง และร้องไห้หรือเกือบจะร้องไห้บางครั้ง
3. รุนแรง ผู้ถูกสัมภาษณ์สะอึกสะอื้นเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ทุกข้อใจ ถอนหายใจบ่อยครั้ง และร้องไห้อย่างเปิดเผยหรืออยู่ในภาวะที่ดูทุกข้อใจอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สัมภาษณ์แน่ใจว่าสิ่งนี้ปรากฏจริง

ชุดที่ 5

**แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง**  
(Overt Aggression Scale : OAS)

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยการทำเครื่องหมาย ✓ (มี) ในช่องที่ผู้ป่วยเคยกระทำ และเครื่องหมาย ✓ (ไม่มี) ในช่องที่ผู้ป่วยไม่เคยกระทำ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแสดงพฤติกรรม	มี	ไม่มี
<b>พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด</b>		
1. ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ		
2. ตะโกนว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น “ไอ้โง่”		
3. ต่ำว่าหยาบคายรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคาย		
4. พุดข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่น เช่น “ฉันจะฆ่าแก”		
<b>พฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ</b>		
5. ปิดประตูเสียงดัง ฉีกเสื้อผ้า ทำข้าวของกระเจาย		
6. ขว้างปาสิ่งของ เตะเฟอร์นิเจอร์ ทูบก้ำแพง		
7. ทำสิ่งของแตกกระเจาย เช่น ทูบกระจก		
8. จุดไฟเผาสิ่งของ หรือขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ก้อนหิน		
<b>พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง</b>		
9. ขีดข่วนตนเอง ทูบตีตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย		
10. ตีหัวตนเอง ทูบก้ำปั่นลงบนสิ่งของ ทิ้งตัวลงบนพื้นหรือใส่สิ่งของจนมีรอยบาดแผลเล็กน้อย หรือจ้ำเขี้ยว หรือรอยแผลไหม้ระดับน้อย		
11. ทำร้ายตนเองจนมีรอยแผลลึก หรือ กัดจนเลือดออก หรือบาดเจ็บภายใน		
12. ทำร้ายตนเองจนกระดูกหัก หมดสติ หรือรีดตนเองเป็นรอยขนาดใหญ่ หรือกินยาพิษ หรือแขวนคอตนเอง		
<b>พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น</b>		
13. ทำท่าคุกคาม ต่อยลม กำมือแน่น		
14. ทูบ ชก เตะ ผลักผู้อื่น แต่ไม่บาดเจ็บ		
15. ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง (มีรอยขีด ขอบาดเจ็บ เคล็ด บวม)		
16. ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก มีบาดแผลลึก บาดเจ็บภายใน)		

**เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมรุนแรง** จำแนกรายข้อ ดังต่อไปนี้

การแสดงพฤติกรรม	มี	ไม่มี
1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด		
- ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ	1	0
- ตะโกนว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น “ไอ้โง่”	2	0
- ต่ำว่าหยาบคายรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคาย	3	0
- พูดข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่น เช่น “ฉันจะฆ่าแก”	4	0
2. พฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ		
- ปิดประตูเสียงดัง ฉีกเสื้อผ้า ทำข้าวของกระจาย	2	0
- ขว้างปาสิ่งของ เตะเฟอร์นิเจอร์ ทบกำแพง	3	0
- ทำสิ่งของแตกกระจาย เช่น ทบกระจก	4	0
- จุดไฟเผาสิ่งของ หรือขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ก้อนหิน	5	0
3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง		
- ชีดข่วนตนเอง ทบตีตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย	3	0
- ตีหัวตนเอง ทบกำปั้นลงบนสิ่งของ ทิ้งตัวลงบนพื้นหรือใส่สิ่งของจนมีรอยบาดแผลเล็กน้อย หรือจำเขี้ยว หรือรอยแผลไหม้ระดับน้อย	4	0
- ทำร้ายตนเองจนมีรอยแผลลึก หรือ กัดจนเลือดออก หรือบาดเจ็บภายใน	5	0
- ทำร้ายตนเองจนกระดูกหัก หมดสติ หรือกรีดตนเอง เป็นรอยขนาดใหญ่ หรือกินยาพิษ หรือแขวนคอตนเอง	6	0
4. พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น		
- ทำท่าคุกคาม ต่อยลม กำมือแน่น	3	0
- ทบ ชก เตะ ผลักผู้อื่น แต่ไม่บาดเจ็บ	4	0
- ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง (มีรอยขีด ขีดบาดเจ็บ เคล็ด บวม)	5	0
- ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก มีบาดแผลลึก บาดเจ็บภายใน)	6	0

23 หมู่ 8 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา  
กรุงเทพมหานคร 10170



โทร. 0 2 441 6136  
โทรสาร 0 2441 6101

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข...12/2558....

ชื่อโครงการภาษาไทย : ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

รหัสโครงการ : .12/2558.

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวจอมขวัญ นามสูตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ (...): .....กันยายน 2558.....

วันหมดอายุ : .....สิงหาคม 2559.....

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม .....  
(นางสาวอุทยา นาคเจริญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

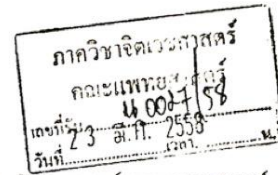
7 กันยายน 2558  
วันที่

ลงนาม .....  
(นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

10 กันยายน 2558  
วันที่

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๘).๗/ ๑๙๒

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๒ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

อ้างถึง หนังสือเลขที่ จว.พิเศษ๐๓๖/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๕๘

ตามที่นางสาวจอมขวัญ นามสูตร นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์" โดยได้ขอความอนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมฉบับปรับปรุง (MSPSS) ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ในประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมฉบับปรับปรุง และเอกสารอ้างอิง มาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไป อนึ่งขอให้อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์)  
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

เรียน ผู้บังคับกองพันจิตเวช  
กองพันจิตเวช ๑ อาสาสมัครจิตเวช เพื่อทราบ  
และดำเนินการต่อไป

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โทร. ๐ ๕๓๙๔ ๕๕๒๒  
โทรสาร ๐ ๕๓๙๔ ๕๕๒๖

ที่ จว.พิเศษ 022 /2558



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

11 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท  
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์

ด้วย นางสาวจอมขวัญ นามสูตร เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง “ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชชนครินทร์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่ม นวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมิน “อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท” ที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิตต์ สุทธิจิตต์เป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับภาษาไทย

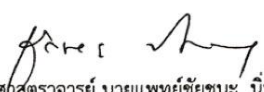
ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขอความอนุเคราะห์ แบบสอบถามฉบับเต็มดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์

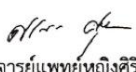
จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุญาตที่เรียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

จุมขวัญ นามสูตร

(นางสาวจอมขวัญ นามสูตร)

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่ม นวล)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

  
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 นางสาวจอมขวัญ นามสูตร เบอร์ติดต่อ 084-2223161



ที่ จว.พิเศษ 023 /2558



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

11 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว  
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางสาวจอมขวัญ นามสูตร เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง “ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมิน “พฤติกรรมก้าวร้าว” ของนางสาว กัญญาวรรณ ระเบียบ ที่เป็นผู้พัฒนาและใช้ในวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

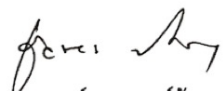
ในทำนองนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขอความอนุเคราะห์ แบบสอบถามฉบับเต็มดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์

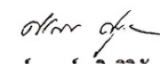
จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุญาตที่เรียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

จอมขวัญ นามสูตร

(นางสาวจอมขวัญ นามสูตร)

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

  
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ คุภะพีติพร)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 นางสาวจอมขวัญ นามสูตร เบอร์ติดต่อ 084-2223161

**ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์**

ชื่อ-นามสกุล      นางสาวจอมขวัญ นามสูตร

เกิดเมื่อวันที่      23 เมษายน พ.ศ. 2533 จังหวัดอุดรธานี ปัจจุบันอายุ 25 ปี

พ.ศ. 2556      สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต  
สาขาจิตวิทยาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

พ.ศ. 2557      เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขา  
สุขภาพจิตภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปีการศึกษา  
2557

