

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR IN COMMUNITY OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Siripon Thanunchai



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

ศิริพรรณ ธนันชัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR IN COMMUNITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 160 หน้า.

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 105 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างง่ายตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย 3) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 5) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 6) แบบประเมินความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) เครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยสูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .094, 0.88, 0.94, 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร และค่าสหสัมพันธ์พอยไบซีเรียล ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

พฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเป็นการกระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.8 ส่วนลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยถูกกระทำ พบเพียงร้อยละ 1 และระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ พฤติกรรมชู้บังคับทางกายร้อยละ 28.6 และพฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($C = .344, .544, .655$ และ $r_{pb} = .181, .046$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ($r_{pb} = -.232$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ เพศ และอาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777325836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS / VIOLENT BEHAVIOR IN COMMUNITY / SELECTED FACTORS

SIRIPON THANUNCHAI: SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR IN COMMUNITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 160 pp.

The purposes of this descriptive correlational research were: 1) to study the characteristics and violent behavior level in community of schizophrenic patients and 2) to study the relationships between selected factors including gender, age, antisocial personality, history of violent behavior, history of substance abuse, positive and negative symptoms, medication adherence behavior with violent behavior in community. A total sample of 105 schizophrenic patients in community, who met the inclusion criteria, was drawn from out – patient departments of Galya Rajanagarindra Institute, Suanprung Hospital, and Suansaranrom Hospital. Research instruments consist of six parts namely: 1) Demographic data sheet, 2) The Thai version of the MINI International Neuropsychiatric Interview, 3) The Thai version of the Positive Syndrome Scale, 4) The Thai version of the Negative Syndrome Scale 5) The Medication Adherence Behavior Scale, and 6) MacArthur Community Violence Instrument (MCVI). All instruments were validated for content validity by 5 experts and tested for reliability with cronbach's alpha .094, 0.88, 0.94, .093 and 0.91, respectively. Statistic techniques utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Contingency Coefficient and Point Biserial Correlation.

Findings were summarized as followed: วิทยาลัย

The violent behavior in community of schizophrenic patients 84.8% mostly were violent behavior towards other people and objects. Those which schizophrenic patients were treated as victims counted only 1%. Violent behavior level in community of schizophrenic patients was aggressive acts at 42.9%, physically assaultive behaviors was 28.6%, and serious violence was 17.1% respectively.

Antisocial personality, history of substance abuse, history of violent behavior, positive symptoms and medication adherence behavior were positively related to violent behavior of schizophrenic patients in community, at .05 level. ($C = .344, .544, .655$ and $r_{pb} = .181, .046$ respectively.) Age was negatively related to violent behavior in community of schizophrenic patients, at .05 level. ($r_{pb} = -.232$). Gender and negative symptoms were not significantly related to violent behavior in community of schizophrenic patients.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ให้ประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย ทั้งด้านการค้นคว้าหาความรู้ การแก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความพยายาม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ให้กำลังใจ ให้ความหวังใยเสมอ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาชี้แนะ ให้ความรู้ให้กำลังใจ รวมทั้งข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล บุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอขอบพระคุณครอบครัว รุ่นพี่ เพื่อน และรุ่นน้อง ที่คอยให้ความหวังใย ให้กำลังใจ และการช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยมีกำลังใจ มีความพยายาม และอดทนที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท	14
2. แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรง	29
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	39
4. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	104
รายการอ้างอิง.....	108
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิแ.....	114
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม.....	116
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอรับการพิจารณาจริยธรรม และจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....	139
ภาคผนวก ง เอกสารขอรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน.....	148
ภาคผนวก จ ตารางสถิติ.....	153
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	160

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ.....	15
ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยจิตเภทนอก จำแนกตามโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต ,2558)	50
ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
ตารางที่ 4 ดัชนีค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ จำแนกเป็นราย ชื่อ (n=105)	76
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยถูกกระทำ (n=105).....	77
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนรวมของ พฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n=105).....	78
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามจำนวนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ช่วง 20 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n=105).....	79
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามเหตุการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของ	80
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n=105)	82
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ ประวัติการหยุด รับประทานยา และเหตุผลของการหยุดรับประทานยา (n=105).....	83
ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามประวัติการเกิดพฤติกรรม รุนแรง ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น ประวัติการใช้สารเสพติด การใช้ สารเสพติดในปัจจุบัน ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (n=105)	84

ตารางที่ 13	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอายุ รายได้ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ระยะเวลาของการ เจ็บป่วยเป็น.....	86
ตารางที่ 14	จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอาการทางบวก และอาการทางลบ (n=105).....	87
ตารางที่ 15	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอาการทางบวก และอาการทางลบเป็นรายข้อ (n=105).....	88
ตารางที่ 16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน (n=105)	89
ตารางที่ 17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นรายข้อ (n=105)	90
ตารางที่ 18	ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร(C) ระหว่างเพศ บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง กับพฤติกรรมรุนแรงและ ระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท (n=105).....	91
ตารางที่ 19	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล(r_{pb}) ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรม รุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท (n=105).....	92

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสิ่งที่พบเห็นตามสื่อข่าวหรือตามสื่อต่าง ๆ มักจะเป็นข่าวที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น และบ่อยครั้งที่พบว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ส่วนใหญ่การแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่พบก็ได้แก่ การก้าวร้าวทางวาจาและท่าทาง การแสดงพฤติกรรมทางเพศที่รุนแรง เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมามากมาย และมักจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่มีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่อง ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2558)

และในแต่ละปีพบว่ามีประชากรมากกว่าห้าแสนคนที่เสียชีวิตจากการใช้ความรุนแรง (WRVH, 2002) จากการศึกษาสาเหตุการตายในไทยของ The Global burden of disease study 2010 (GBD 2010) พบว่า การทำร้ายตนเองและการใช้ความรุนแรงระหว่างบุคคล ถือเป็นสาเหตุลำดับที่ 6 และพบว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นสาเหตุลำดับที่ 10 ของคนไทย นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการตายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าการฆ่าตัวตายและการถูกผู้อื่นฆ่า เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 4 และ 5 ตามลำดับ (Porapakham Y. et al, 2010) โดยพบว่าปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงนั้นมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง โดย 1 ใน 20 ของการเกิดความรุนแรงหรือคดีอาชญากรรมเกิดจากผู้ป่วยจิตเภท (Fazel S. et al, 2005)

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน ถือเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญในการดูแลให้การพยาบาล พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีก่อนที่จะลุกลามไปถึงขั้นเกิดความรุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและทรัพย์สิน (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2556) บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย

ท่าทางไม่เป็นมิตร บางรายขัดขืนใช้กำลังทำอันตรายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานขณะนั้น หรือบางครั้งจะแสดงออกโดยการทำร้ายร่างกายผู้ป่วยอื่น ทำร้ายตนเอง การเกิดพฤติกรรมรุนแรงไม่ว่าจะรุนแรงที่ระดับใดย่อมส่งผลกระทบต่อตามมา คือ ตัวผู้ป่วย ผู้อื่น ญาติ หรือคนในชุมชน ทำให้ได้รับบาดเจ็บและเกิดความหวาดกลัวอันตรายจากความเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยทำร้าย และยังกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอีกด้วย (เวนิช บุราชรินทร์,2554)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงถึงร้อยละ 1 – 2 ของประชากรโลก (Boyd,2005) ถือเป็นภาระเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากในประเทศไทยเช่นเดียวกัน ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นทุกปี (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล,2552) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด และการรับรู้ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ (WHO,1992) ผู้ป่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชมักจะมีมาด้วยอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ก้าวร้าว รุนแรง ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ ในผู้ป่วยบางรายก็มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น และทรัพย์สิน บางรายก็ก่อเหตุสะเทือนขวัญ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิต และบ่อยครั้งที่พบเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วกลับไปก่อคดีซ้ำ หรือมีพฤติกรรมรุนแรงจนคนในชุมชนหวาดกลัว ทำให้บางครั้งบุคคลในชุมชนที่ไม่เข้าใจก็กระทำพฤติกรรมรุนแรงโต้ตอบกับผู้ป่วยเช่นเดียวกัน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนต่อไปได้ จนต้องถูกนำส่งมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช

จากข้อมูลของ National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2014 พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นคิดเป็นร้อยละ 9.8 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปโดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-49 ปีรองลงมาคืออายุ 18-25 ปี พบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่าในกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นพบว่าร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ในอีกการศึกษาพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (National Survey on Drug Use and Health,2014)

พฤติกรรมรุนแรงเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่พบมากในกลุ่มที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นการกระทำใด ๆ ในทางลบที่เกิดขึ้นโดยเจตนาต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นให้ได้รับบาดเจ็บหรือทุพพิกขานไม่ว่าจะเป็นทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจโดยได้กระทำซ้ำๆหลายครั้งเป็นเวลานานเป็นการกระทำทั้งโดยทางตรง เช่น การทำร้ายร่างกาย ได้แก่ ตบตี ผลัก เตะ ต่อย หรือการใช้วาจาทำร้ายจิตใจ ได้แก่ ช่มชู้ ล้อเลียน ทำให้อับอาย ถูกเหยียดหยาม และการกระทำโดยทางอ้อม เช่น การปฏิเสธไม่ยอมรับให้เข้าสังคม หรือถูกให้ออกจากกลุ่ม โน้มน้าวเพื่อนคนอื่นไม่ให้สนใจไม่ให้พูด

ด้วย ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีเหตุกระตุ้นก่อนก็ได้พฤติกรรมเหล่านี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาความก้าวร้าวไปสู่ความรุนแรงได้อีกหลากหลายรูปแบบ (ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, 2557)

Monahan et al.,(2000) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บทางกายภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความรุนแรงระดับร้ายแรง (Serious Violence) เป็นการมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธเพื่อบีบบังคับ และขู่ทำร้าย จนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ช่มชู้ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ 2) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการบีบบังคับโดยปราศจากอาวุธ การทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือ การทำร้ายร่างกาย 3) พฤติกรรมขู่บังคับทางกาย เป็นพฤติกรรมที่แสดง ให้เห็นว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าวซึ่งสอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก. (2002) ที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นการกระทำของบุคคลต่อบุคคลอย่างตั้งใจ หรือเจตนาที่จะมุ่งให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตหรือหรือต่อกระบวนการสำคัญของชีวิต ด้วยกำลังทางกาย หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอุปกรณ์ หรืออาวุธอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสีย การหยุดยั้งหรือความผิดปกติของการเจริญเติบโต เกิดผลร้ายต่อจิตใจ หรือการสูญเสียเผ่าพันธุ์

จากการศึกษา MacArthur Risk Assessment Study ได้จำแนกปัจจัยของพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะทางประชากรศาสตร์ บุคลิกภาพ และความสามารถทางปัญญา 2) ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติในอดีต ได้แก่ ประวัติการก่อความรุนแรงและก่ออาชญากรรมในอดีต 3) ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ความเครียด การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงสาเหตุการก่อความรุนแรง และ 4) ปัจจัยทางคลินิก เช่น อาการ รูปแบบของการป่วย การใช้สารเสพติด และการยินยอมเข้ารับการรักษา (Monahan et al.,2005)

พฤติกรรมรุนแรงจากผลการวิเคราะห์ Meta – Regression Analysis ของ Witt et al (2013) โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ 1) ปัจจัยทางประชากรและบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ การถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก เป็นต้น 2) ปัจจัยประวัติ ได้แก่ มีระดับคะแนนความรุนแรงสูง ประวัติการก่อความรุนแรง ประวัติการก่ออาชญากรรมในอดีต เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค อาการทางบวกและอาการทางลบ ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค อาการทางบวก อาการทางลบ เป็นต้น 4) ปัจจัยด้านประสาทวิทยา

5) ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด ได้แก่ วินิจฉัยโรคร่วมกับการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้สุรา เป็นต้น 6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา การรักษาไม่

ต่อเนื่อง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นต้น และ 7) ปัจจัยประวัติการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การทบทวนทฤษฎี Psychology of criminal conduct (อุทยา นาคเจริญ,2553) สามารถจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้เป็น 9 ปัจจัยหลักที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติของพฤติกรรมต่อต้านสังคม (History of antisocial behavior domain) ความคิดต่อต้านสังคม (Antisocial cognition domain) กลุ่มต่อต้านสังคม (Antisocial associates domain) บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality domain) โรงเรียนหรือที่ทำงาน (School/work domain) ครอบครัว/สถานภาพสมรส (Family/marital circumstances domain) สันทนาการ/นันทนาการ (Leisure/recreation domain) การใช้สารเสพติด (Substance abuse domain) และความเจ็บป่วยทางจิต (Major mental disorder domain)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้ดังนี้ เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรง โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Coid , 2013 ; Sune et al.,2011;Witt et al.,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) อายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Monahan et al.,2006 ; Sune et al.,2011;Witt et al,2013 ; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 18 – 40 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคมหรือกลุ่มโรคของการตัดสินใจ มีแนวโน้มที่จะถูกระงับได้ง่าย และมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพ หรือกลุ่มโรคของการตัดสินใจ (Monahan et al.,2006;Sune et al.,2011; Witt et al.,2013) ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท(Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013 ; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการศึกษาพบว่าประวัติ การก่อความรุนแรง การก่อคดีอาชญากรรม หรือการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท(Monahan et al.,2006 ; Sune et al.,2011; Witt at al,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรง เคยก่อคดีอาชญากรรมหรือเคยเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะมีแนวโน้มที่จะถูกระงับได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรม อาการทางบวก จากการศึกษาพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงผู้ป่วยจิตเภท

(Mulvey&Lidz ,1984 ; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006 ;เวนิช บุราชรินทร์ 2554) ลักษณะเด่นของอาการทางบวก็คือ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวงซึ่งอาการเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงและอาจกระตุ้นให้คนในชุมชนเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา จนเกิดผลกระทบต่อตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของ อาการทางลบ (Mulvey&Lidz ,1984 ; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006 ;เวนิช บุราชรินทร์ 2554) พบว่าอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ อีกทั้งอาการทางลบมักจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบว และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบว แต่พบว่าผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนอาการทางบว (เวนิช บุราชรินทร์ , 2554) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984 ; Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011;Witt et al.,2013) สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทคือ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การหยุดใช้ยาเอง การรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง จึงส่งผลให้เกิดการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้น้อยจนก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมิน การพยาบาลและการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลละในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ แบบประเมิน The brief psychiatric rating scale (BPRS) เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตใจในด้านต่าง แบบประเมิน Historical Clinical Risk management (HCR-20) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง แบบประเมิน The overt Aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression (OAS) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งรวมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวถือเป็นเพียงการดูแลผู้ป่วย

ในช่วงสั้นๆ และเป็นการพยาบาลในช่วงที่อยู่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งเหตุนี้หลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนก็อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำได้ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของ Monahan et al., (2000) โดยคัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ เพื่อวางแผนการพยาบาลด้านพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสม ครอบคลุมในการดูแลและป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Monahan et. al (2000) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บทางกายภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความรุนแรงระดับร้ายแรง เป็นการมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธทำร้ายจนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ช่มชู้ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ 2) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆ เป็นมุ่งจะทำร้ายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดย

การใช้อาวุธหรือการทำร้ายร่างกาย 3) พฤติกรรมการทำร้ายร่างกาย ที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นจนกลายเป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆจนกระทั่งเป็นความรุนแรงระดับร้ายแรง และได้คัดเลือกตัวแปรต้นโดยการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ อายุ เพศ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ความล้มเหลวทางการศึกษา การอยู่ลำพัง อายุที่เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติด ข้อจำกัดหรือการไม่มีกิจกรรมนันทนาการ ประวัติพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการถูกล่วงละเมิด พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การตื่นตระหนก อาการระแวง การต่อต้าน การปฏิเสธความเจ็บป่วย อาการแหมเนียม อาการซึมเศร้า การถูกคุกคามหรือควบคุม การไม่ร่วมมือในการรักษา ภาวะสับสน การร่วมมือในการกินยา การใช้สารเสพติด คนเร่ร่อน การพกอาวุธ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Coid , 2013 ; Sune et.al.,2011; Witt et al.,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554)

อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 18 - 40 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ (Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013)

ประวัติการใช้สารเสพติด จากการศึกษาพบว่าการใช้สารเสพติดหรือ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013 ; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดหรือสุรา มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด

ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาพบว่าประวัติ การก่อความรุนแรงหรือการก่อคดีอาชญากรรม การเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท(Monahan et al.,2006 ; Sune et al.,2011; Witt at al,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรง การก่อคดีอาชญากรรม การเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะมี

แนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรม

อาการทางบวก จากการศึกษาพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) จากการศึกษาพบว่าลักษณะเด่นของอาการทางบวกอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

อาการทางลบ จากการศึกษาพบว่าอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) แต่จะพบว่าอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ อีกทั้งอาการทางลบมักจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นอาการคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่คอยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก แต่พบว่ามีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนอาการทางบวก (เวนิช บุราชรินทร์ , 2554)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984; Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013) จากการศึกษาพบว่าการพบว่ามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงคือการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ส่งผลให้เกิดการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้น้อยจนก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว(Owen,Fischer,Booth&Cuffel,1996)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศหญิง
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 18 – 40 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ

3. อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยอาการทางลบมีลักษณะเด่น คือ แยกตัว เฉยเมย พุดน้อย มีภาวะสิ้นหวัง ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการดังกล่าวตามมา ส่งผลกระทบต่อตนเองจนอาจถึงขั้นเสียชีวิต

4. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยอาการทางบวกมีลักษณะเด่น คือ หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการดังกล่าวตามมา ส่งผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

5. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

6. บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ

7. ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง

8. ประวัติการใช้สารเสพติดหรือสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10 ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วนั้น ส่วนใหญ่จะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้งในช่วงระยะเวลา 5 – 6 เดือน หรือประมาณ 20 สัปดาห์ (Monahan et al. 2006)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 105 คน

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมรุนแรงในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมรุนแรงในชุมชน หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยและบุคคลในชุมชนที่กระทำต่อกันและเกิดเป็นความเสียหายต่อร่างกายและจิตใจของผู้ถูกกระทำ ในงานวิจัยนี้ศึกษา 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรง หมายถึงการกระทำของผู้ป่วยและบุคคลในชุมชนที่ตั้งใจหรือเจตนาที่จะคุกคาม ช่มชู้ มุ่งให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสียต่อชีวิตด้วยกำลังทางกาย โดยใช้อาวุธหรืออุปกรณ์ อย่างหนึ่งอย่างใด เกิดผลกระทบต่อจิตใจหรือเกิดผลร้ายต่อร่างกายของผู้ถูกกระทำ จนเกิดความทุกข์ทรมานที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน MacArthur Community Violence Instrument : MCVI ตามแนวคิดของ Monahan et. al. (2002)

2. ระดับพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง เป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บทางกายภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับร้ายแรง เป็นการมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธทำร้ายจนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ช่มชู้ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ

พฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆ เป็นมุ่งจะทำร้ายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดย การใช้อาวุธหรือการทำร้ายร่างกาย

การทำร้ายร่างกาย ที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดซ้ำจนกลายเป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆจนกระทั่งเป็นความรุนแรงระดับร้ายแรง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน MacArthur Community Violence Instrument : MCVI ตามแนวคิดของ Monahan et. al. (2002)

อายุ หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงปัจจุบัน ได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ไม่เคารพและล่วงเกินสิทธิของผู้อื่น ที่มักจะมีพฤติกรรมเริ่มต้นมาแต่เด็กและวัยรุ่น และต่อเนื่องมาจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ มีลักษณะเห็นแก่ตัว ขาดความรับผิดชอบ เอาแต่ใจ ไม่นึกถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น หุนหันพลันแล่น ชอบทะเลาะวิวาท ไม่ซื่อสัตย์ ไม่รักหมั่นุ่คณะ ไม่รู้จักหลาบจำ เมื่อถูกลงโทษ มักพบว่า ในวัยเด็กขาดการอบรม มาจากครอบครัวที่แตกแยก หรืออยู่ในถิ่นที่สิ่งแวดล้อมไม่ดี ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน MINI ใน Modules P. ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional) และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติการใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดภายในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่น ๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยจิตเภท ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การบันทึกในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีรายงานในแฟ้มประวัติว่าเคยหรือไม่เคยมีประวัติการกระทำรุนแรงในอดีต และได้จากการที่ผู้วิจัยทำการยืนยันข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อาการทางบวก หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในด้านความคิดผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยด้วยแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) ตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ คือ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน (Psychotic dimension) และการพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (Disorganization dimension)

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยมีภาวะขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรจะมี ในด้านการพูด ไม่มีสมาธิ ยากที่จะมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือจดจ่อในการทำงานได้จนเสร็จสิ้น ในด้านการแสดงความรู้สึก การแสดงอารมณ์ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว อารมณ์เฉยเมย และในด้านความต้องการสิ่งต่างๆ ในการวิจัยนี้ ประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยด้วยแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรที่มีสุขภาพจิตเกี่ยวกับ การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา ในการรับประทานยาโรคจิตถูกต้องแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต อาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาให้ทีมบุคลากรสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ซึ่งวัดได้จาก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเดินทางมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 20 สัปดาห์ ของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 4 ภาค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลของการจำแนกลักษณะของพฤติกรรมรุนแรง ระดับพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ไปใช้ในการจัดทำมาตรการเฝ้าระวังและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะปัญหาที่พบ เพื่อป้องกันมิให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทำให้ผู้ป่วยและคนในชุมชนปลอดภัย และสามารถอยู่ในชุมชนร่วมกันได้อย่างปกติสุข

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก อาการทางลบ ประวัติการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคจิตเภทในชุมชน
 - 1.1. ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2. สาเหตุปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3. อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.4. การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.5. การบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน
 - 2.1. ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.2. แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.3. ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง
 - 2.4. ประเภทและระดับของความรุนแรง
 - 2.5. การประเมินพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.6. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.7. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.8. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในด้าน ความคิดและการรับรู้เป็นหลัก ร่วมกับมีอาการไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (blunted) ตามความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการเรียนรู้ (cognitive) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการติดต่อกันอย่างน้อยหกเดือน ซึ่งจะเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภท (WHO,1992)

สมภพ เรืองตระกูล(2545) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็สาเหตุอาการดังกล่าว

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ ความเป็นจริง อารมณ์และการสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือมีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้มักจะเริ่มเกิดขึ้นในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุที่พบว่าเริ่มเกิดอาการคือระหว่าง 17-27 ปี

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย(2545) กล่าวว่าโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

เวนิช บุราชรินทร์(2554) กล่าวว่าโรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิต ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่ โดยไม่พบความผิดปกติจากโรคทางกายและโรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว และไม่เคยมีช่วงอาการของโรคซึมเศร้า หรือครีครึ้นกว่าปกติซึ่งเข้าได้กับโรคความผิดปกติทางอารมณ์

Sandock & Sandock (2000) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (cognitive disorder) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (cognitive impairment) ดังนั้นอาการโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรมสังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึงโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เป็นความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิต ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ไม่เคยมีช่วงอาการของโรคซึมเศร้า หรือครึกครื้นกว่าปกติซึ่งเข้าได้กับโรคความผิดปกติทางอารมณ์ จะเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่

1.2 สาเหตุปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล,2555)

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

(1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหาฮีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งฮีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของฮีนหลายแห่งรวมกัน

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยงร้อยละ
ประชากรทั่วไป	1
พี่น้องของผู้ป่วย	8
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	12
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	12
ลูกที่พ่อและแม่ป่วย	40
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	47

(2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist)

สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่น่าสนใจกัน คือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin- 2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษา

โรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin – dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้ การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วยกายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะใน ส่วน cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่ามี gliosis หรือหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่าโรคนี้เป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น neurodevelopmental disorder

(3) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย วงจรที่เกี่ยวข้องกันทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

1.2.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

(1) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบ ทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed – emotion : EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากวิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร(hostility)หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

(2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ซึ่งสมมติฐานว่าการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress – diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้น

มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน

1.3 อาการของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การ

เปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น เดิมวันหยุดเคยออกไปกับเพื่อนก็กลายเป็นไม่ไปไหน อาจขลุกตัวอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนก็หันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก เช่น สะสมพระเต็มห้องต่างๆ ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจเรียน เพื่อนๆ มีความรู้สึกว่าคุณป่วยห่างไปจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ที่บ้านอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจ วันหยุดก็ตื่นสาย บางที่ตื่นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องของร่างกาย หรือการแต่งตัวก็ลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาด กลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง กางเกงตัวหนึ่งใส่หลายวันโดยไม่ซัก เวลาถามเรื่องเหล่านี้ก็มักมีข้ออ้างต่างๆ นานา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนๆ ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มเหล้ามาก หรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ

ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบเลย ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานเป็นปี ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ดื่มเหล้า หรือใช้สารเสพติด แต่ในบางรายอาการเป็นมากขึ้นมาเองก็มี ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการโรคจิตเช่นอาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ จะปรากฏชัด พบว่าคนที่เป็โรคจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อย ๆ ดังนี้

(1) อาการหลงผิด ความหลงผิดที่พบในโรคจิตมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด ชนิดที่พบบ่อยคืออาการหวาดระแวง โดยเชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้าย อาจเป็นคนอื่นๆ เดียวหรือเป็นขบวนการความหลงผิดที่ดึงเรื่องต่างๆ มาเชื่อมโยงกับตนเองก็พบบ่อยเช่นกัน โดยเห็นคนคุยกันก็คิดว่าคุยเรื่องตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่าเอาเรื่องของตนเองไปเขียน

นอกจากนี้ยังอาจมีความหลงผิดชนิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครทราบก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนเองมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างอย่างฝืนไม่ได้เลย

2) อาการประสาทหลอน ประสาทหลอนคือการมีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้ กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีอยู่ตลอด มิใช่ได้ยินเพียงแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้ง หรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงๆ เดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็จะวิจารณ์ไปหมด จนผู้ที่เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก บางคนบอกว่าจนไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนก็ได้ยินพอๆ กัน ถ้าข้างนอกมีเสียงดัง เสียงแว่วนี้อาจเบาลงหรือหายไป บางคนใส่หูอะเบาท์ เพื่อจะให้ไม่ได้ยินเสียงแว่วก็มีประสาทหลอนชนิดที่พบบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสั่น รายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรสแปลกๆ อาจพบได้ แต่ไม่บ่อย อย่างไรก็ตามโรคจิตอื่นๆ ก็พบอาการเหล่านี้ได้เหมือนกันแม้จะไม่บ่อยเท่า อาการที่มักพบเฉพาะในโรคจิตเภท

2.1) หูแว่วได้ยินเสียงดังขึ้นมาพร้อมๆ กันกับที่ตนเองคิด เนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด

2.2) หูแว่วได้ยินเสียงคนมากกว่าสองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกัน โดยพูดถึงเรื่องของผู้ป่วย

2.1) หูแว่วเสียงพูดวิจารณ์การกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย

2.2) รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเอง รวมไปถึงเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองนี้ เป็นมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก

2.3) รู้สึกว่าจู่ ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป

2.4) รู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของตนเอง หากแต่เป็นจากบุคคลหรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง

2.5) รู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่กระจายออกไปภายนอก จนคนอื่น ๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่

2.6) มีการรับรู้ที่ปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีมีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น มองเห็นตำรวจโบกมือให้รถไปเกิดเชื่อขึ้นมาว่าตำรวจโบกมือเพื่อบอกว่าสามีจะต้องจากตนเองไปเร็วๆ นี้

2.7) มีความเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมิใช่ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นยนต์ที่คอยทำตามการควบคุม

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เหมาะสมตนเองเข้าใจคนเดียว เช่น มักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ถามก็บอกว่าเป็นการเคารพผู้อาวุโสจะได้เป็นสิริมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลกและยังมีอายุหลายสิบลปี เป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยอาจพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นมากๆ การวางคำในตัวประโยคเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย บางคนอาจใช้คำแปลกๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตัวเขาเอง

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน ผมเผ้ารุงรัง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปมาหรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งจู่ๆ ก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา หรือยิ้มกริ่มทั้งวัน แต่งเนื้อแต่งตัวแปลกๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวต่างๆ ที่อากาศร้อน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เคยไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจหรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

5) อาการด้านลบ (negative symptoms) ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ไม่อยากได้อาหาร ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่รู้ร้อนรู้หนาว อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนก็มักปฏิเสธ เวลาพูดคุยด้วยจะเห็นว่าผู้ป่วยจะเฉยๆ ไม่แสดงท่าทีหรือความรู้สึกเท่าไร อาจมียิ้มบ้าง แต่โดยรวมแล้วจะเป็นแบบเฉยๆ

อาการในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมา แต่ลักษณะนี้โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

1.3.3. ระยะอาการหลงเหลือ ส่วนใหญ่แล้วอาการต่างๆ ที่กำเริบจะเป็นอยู่ช่วงหนึ่ง เมื่อรักษาที่จะทุเลาลง อาการ หลงผิดหรือประสาทหลอนจะหายไป หรืออาจมีแต่ก็น้อยหรือเป็นนานๆ ครั้ง พุดจาฟังรู้เรื่องขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้ ความเป็นไปของอาการพบว่าผู้ป่วยมักมีนิสัยเดิมเป็นคนเก็บตัวมาตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น เป็นคนไม่ช่างพูด มีเพื่อนไม่กี่คน ชอบเพ้อฝัน ไม่ชอบเล่นกีฬาหรือการแข่งขัน ชอบกิจกรรมที่ทำคนเดียว ไม่ชอบเที่ยว ส่วนใหญ่จะชอบอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์อยู่กับบ้าน ฯลฯ อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมหรือบุคลิกเช่นนี้ไม่ได้เป็นสิ่งผิดปกติ เพียงแต่พบว่าเมื่อสอบถามผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทย้อนหลังถึงช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่นแล้วพบว่าส่วนหนึ่งมีบุคลิกนิสัยเช่นนี้ ส่วนใหญ่ผู้ที่เริ่มมีอาการขณะอายุราว 20 ปี ถึง 30 ปีเศษ พบว่าเพศชายเริ่มมีอาการขณะอายุน้อยกว่าเพศหญิง พบน้อยที่มีอาการก่อนช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังอาจพบได้ในคนสูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการหลังอายุ 45 ปี แต่พบไม่มาก ระยะเริ่มมีอาการจะค่อยเป็นค่อยไปตามที่กล่าวมาแล้ว และมักพบอาการกำเริบเมื่อผู้ที่เป็นประสบกับความกดดันด้านจิตใจมากๆ

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภท จะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ ดังนี้

1.4.1. ลักษณะอาการ (Characteristic Symtoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้

(1) อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่า ผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ หรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

(2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยิน เสียงคนมาเรียก เป็นต้น

(3) อาการด้านการพูด พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเอง โดยที่คนอื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆ ทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติ เช่น นั่งในท่าหนึ่งท่าใดนานๆ

(4) ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ ไม่พูด

1.4.2. การสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

- 1.4.3. ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
- 1.4.4. อาการที่เกิดไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์
- 1.4.5. อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น
- 1.4.6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออทิสติก (Autistic Disorder)

1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

การรักษาหลักในโรคนี้คือการให้ยารักษาโรคจิต ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของโรคจิตเภทนี้เป็นมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ซึ่งยารักษาโรคจิตจะไปช่วยแก้ไขหรือปรับระดับของสารเคมีต่างๆ ให้เข้าที่ ทำให้อาการโรคจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาส่วนหนึ่งของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อโรค ต่อสังคมรอบข้าง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยยา การช่วยด้วยจิตบำบัดหรือการให้คำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพจิตจะช่วยในส่วนนี้อย่างมาก

โดยทั่วไปแล้วหากผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างมากแพทย์ก็มักรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือเป็นการป้องกันอันตรายแล้ว ในการรักษาก็อาจจำเป็นต้องใช้ยาในขนาดสูง ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาลจะสะดวกกว่าเนื่องจากมีแพทย์พยาบาลดูแลใกล้ชิด การปรับยาทำได้สะดวก หากมีอาการข้างเคียงจากยาก็แก้ไขได้โดยเร็ว

หากผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมาก ญาติพอดูแลกันได้ แม้ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอนแต่ก็ไม่รุนแรง ไม่ก้าวร้าว ตักเตือนพอเชื่อฟัง แพทย์ก็มักจะให้รักษาตัวอยู่กับบ้านมากกว่า เพราะการให้ยาไม่จำเป็นต้องใช้ขนาดสูง โอกาสเกิดอาการข้างเคียงก็น้อย ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่หากไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่ยอมอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากเกรงว่าจะมีผู้อื่นทราบว่าเป็นโรคจิต หรือเกรงว่าจะมีผลต่องานที่ทำ นอกจากนี้การอยู่โรงพยาบาลนานๆ ยังทำให้ความสัมพันธ์ห่างเหินจากญาติไป เมื่อกลับบ้านก็ต้องมาเริ่มปรับตัวกันใหม่

ในการดูว่าจะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่ แพทย์จะพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียต่างๆ เหล่านี้ ร่วมกับคำนึงถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัวขณะนั้น ผลกระทบของตัวโรคที่มีต่อผู้ป่วยโดยจะดูเป็นรายๆ ไป ไม่ได้มีเป็นกฎตายตัวว่าถ้าอาการเช่นนี้จะต้องรับหรือไม่รับการรักษา มีหลายวิธีซึ่งแพทย์มักใช้ร่วมกันโดยมีตัวหลักคือยารักษาโรคจิต

ก. ยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ เป้าหมายของการรักษา

ในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ยามีส่วนสำคัญมาก จะทำให้อาการของผู้ป่วยสงบลงโดยเร็ว โดยกลางคืนนอนหลับได้ อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อาการกระสับกระส่าย หรือวุ่นวายก็จะดีขึ้น ซึ่งมักเห็นผลในการรักษาเช่นนี้ได้ภายในสัปดาห์แรก บางรายแค่ 3-4 วัน

ก็ดีขึ้น ส่วนอาการประสาทหลอนจะใช้เวลาหลายสัปดาห์ อาการหลงผิดก็เช่นกัน ผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมาก แต่ก็ยังคงมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอยู่บ้าง โดยอาจเป็นทางขึ้น หรือมีครั้งละไม่นาน

ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น มือสั่น ทำอะไรช้าลง หรือปวดเกร็งกล้ามเนื้อ (ดูรายละเอียดในบทยารักษาโรคจิต) เมื่อแพทย์พบก็อาจลดขนาดยารักษาโรคจิตลง หรือหากเห็นว่าลดขนาดยาไม่ได้เพราะอาการยังมากอยู่ ก็จะให้ยาช่วยแก้ อาการข้างเคียงเหล่านี้ร่วมกับยารักษาโรคจิต

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องอยู่อีก ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบขึ้นมาอีก ยิ่งผู้ป่วยที่ดูแลแล้วมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบหรือหายยาก การกินยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก ไม่มีการกำหนดขนาดแน่นอนว่าควรให้ยาขนาดเท่าไร แพทย์จะปรับขนาดยาในผู้ป่วยเป็นรายๆไป โดยดูว่าอาการของโรคเป็นมากน้อยเพียงใด มีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่และผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้อีกมากน้อยเพียงใด

อาการเริ่มแรกที่จะกลับมาป่วยอีกในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยอาการนอนไม่ค่อยหลับ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โกรธแม้แต่กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ผู้ป่วยโดยมากมักไม่สังเกตเห็นความผิดปกติของตน การสนใจเอาใจใส่ของญาติหรือเพื่อนๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญในกรณีนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยไปไหนมาไหนเหมือนเดิม หรือหันมาสนใจเรื่องไสยศาสตร์ บางคนมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรแปลกๆ เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ก็บอกได้ไม่ชัดว่าเป็นอะไร บางคนมักกลับมาบ่นให้ที่บ้านฟังว่าถูกเจ้านายหรือเพื่อนร่วมงานกลั่นแกล้ง ชื่อนำสังเกตอย่างหนึ่งคืออาการเริ่มแรกที่จะกลับมาเป็นในแต่ละคนมักจะเป็นแบบเดิมๆ ทุกครั้ง

จะต้องกินยาไปนานเท่าไร

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ที่เป็นครังแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ อาจต้องกินยาต่อเนื่องไปตลอด

ข. การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณน้อยๆ เพื่อทำให้เกิดการชักเหมือนกับในโรคลมชัก กระแสไฟฟ้าที่ใช้มีขนาดต่ำมาก ไม่มีอันตรายต่อสมองอย่างแน่นอน ปัจจุบันวิธีการทำก้าวหน้าขึ้นมาก การชักที่เกิดขึ้นนั้นอาจเห็นเพียงปลายแขนขยับเล็กน้อย เนื่องจากก่อนการทำแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อคลายตัวทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการเหมือนกับที่ใช้ในการผ่าตัดต่างๆ ไป แต่ระยะเวลาสั้นกว่ามาก โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณไม่ถึง 5 นาที การรักษาจะทำวันเว้นวัน เช่น วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ ทำทั้งหมดประมาณ 10-12 ครั้ง อาจมากน้อยกว่านี้ก็ได้ตามแต่ที่แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอาการเป็นอย่างไร

แพทย์ใช้การรักษาวิธีนี้กับโรคทางจิตเวชหลายๆ โรค เช่น โรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง คิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งจะได้ผลดีมาก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ให้ยาขนาดสูงแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอาการไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก หรืออยู่นิ่งเฉย ไม่กินข้าวกินน้ำ

ค. การดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม

อาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ ซึ่งยาช่วยไม่ได้ นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการเฉื่อยชา แยกตัว ซึมเศร้า หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การช่วยเหลือในด้านจิตใจและสังคม ที่แพทย์หรือผู้รักษาอาจใช้ร่วมกับยา ได้แก่

1) การช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความคับข้องใจ รู้สึกเครียด ไม่ทราบว่า จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาภายในตนเองและปัญหาที่มีกับคนรอบข้าง ผู้รักษาจะให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้ ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามากทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องของโรคและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความ

กอดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กัน

4) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริม ขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ลดความรู้สึกว่าการอยู่โรงพยาบาลเหมือนอยู่ให้ผ่านพ้นไปวันๆ เท่านั้น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1.6.1 **การประเมินสภาพปัญหา** เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

(1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแล และเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้ทางการสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกาย

(2) การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

(3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

(4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

(5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นพยาบาลต้อง

ใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.6. 2. การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มักมีลักษณะดังนี้

- (1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน
- (2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
- (3) เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาท

หลอน

- (4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- (5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- (6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- (7) สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.6. 3. การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

(1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

(2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับ อาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน หลับนอน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

(3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

(4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

(5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

(6) พัฒนาการปรับตัว การมองตน และมองโลกในทางที่ดี การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

(1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน

(2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคม อย่างเหมาะสม

(3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.6.4. การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.6.5. การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่ รู้สติ

- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

2. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรง โดยส่วนใหญ่มักได้ยินคำว่า ภาวะอันตราย (Dangerousness) ซึ่งความเป็นจริงมีนักวิชาการ กล่าวว่าไม่ใช่การวินิจฉัยทางด้านจิตเวช (the term “dangerousness” is not a psychiatric diagnosis) แต่เป็นการพิจารณาตัดสินทางด้านกฎหมาย (legal judgment) ซึ่งภาวะอันตรายนั้นมีความหมายกว้างกว่าคำว่าพฤติกรรมรุนแรง (violent behavior) หรือ พฤติกรรมอันตราย (dangerous behavior) (Scott,&Resnick.2006:599)

องค์การอนามัยโลก. (2002) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า เป็นการกระทำของบุคคลต่อบุคคลอย่างตั้งใจหรือเจตนาที่จะมุ่งให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตหรือหรือต่อกระบวนการสำคัญของชีวิต ด้วยกำลังทางกาย หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอุปกรณ์ หรืออาวุธอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสีย การหยุดยั้งหรือความผิดปกติของการเจริญเติบโต เกิดผลร้ายต่อจิตใจ หรือการสูญเสียเผ่าพันธุ์ โดยจัดประเภทของความรุนแรงไว้เป็นสามกลุ่มใหญ่ ๆ คือ ความรุนแรงต่อตนเอง ความรุนแรงระหว่างบุคคล และความรุนแรงส่วนร่วม

Barden (1994) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า การใช้กำลังทางกาย หรือพลังอำนาจในการคุกคามผู้อื่นให้บาดเจ็บทางกายหรือทางจิตใจ หรือทำให้รู้สึกขาดความปลอดภัย รวมถึงการเมินเฉยและการละเลยด้วย

Douglas et.al. (1999) ให้ความหมายของความรุนแรงต่อทั้งทางด้านร่างกาย และไม่ใช่ทางร่างกาย ซึ่งความรุนแรงทางร่างกาย หมายถึงการกระทำที่ใช้กำลังทางร่างกายใดๆต่อบุคคล ส่วนความรุนแรงที่ไม่ใช่ทางร่างกาย หมายถึง การคุกคามที่จะก่อความเสียหายแก่บุคคลอื่น ด้วยการใช้อาวุธจากกระบอกคนอื่น และสร้างความกลัวโดยการแสดงพฤติกรรมการทำลายวัตถุอื่น ๆ

Mc.Farland & Thomas (1990) พฤติกรรมรุนแรงเป็นสัญญาณพื้นฐานที่พบได้ในบุคคลทั่วไป จะแสดงออกทางคำพูดและการกระทำ โดยมีเป้าหมายที่สิ่งของหรือบุคคลทั่วไป ตลอดจนเป็นการแสดงออกของความรู้สึกหรือเป็นวิธีการส่งสัญญาณเตือนให้ผู้ป่วยอื่นทราบถึงความรู้สึกรุนแรงที่มีในบุคคลนั้น

Yodofsky et al. (1986) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึงการที่บุคคลมีการกระทำที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้โดยแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกายหรือทั้งสองอย่างส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น และสิ่งของซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายผู้อื่นและพฤติกรรมด้านการทำลายสิ่งของ

Webster et al. (1997) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า การพยายามหรือคุกคามอันจะเป็นอันตรายแก่บุคคลอื่น ๆ ซึ่งต้องมีความชัดเจน ไม่คลุมเครือ เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การตบตี ต่อย ตเตะ กัด ช่วน หรือการกระทำอื่นๆ ที่เป็นการทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2539) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ การแสดงออกทางคำพูดการกระทำต่อตนเองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีต่อตนเองบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจ หรือปกปิดความกลัว

ธีระ ลีลานั้นทกิจ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า การเดือดดาล การใช้กำลังโดยพลการ ทำลายล่วงละเมิด การสบประมาท การทำให้บาดเจ็บ ความรุนแรงเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวแบบสุดๆมีลักษณะ คือ บันดาลอารมณ์โกรธออกมาอย่างกะทันหันทำให้บาดเจ็บขึ้นทันที หรือทำร้ายบุคคล ทำลายสิ่งของ หรือองค์กร

เวนิช บุราชรินทร์ (2553) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่า พฤติกรรมที่เกิดจากพลังผลักดันของความคับข้องใจ โดยการแสดงออกด้วยอากัปกริยาที่รุนแรง ไม่เป็นมิตร ทำลายสิ่งของและบุคคล ซึ่งเป็นการระบายหรือปลดปล่อย ความโกรธ และผลักดันในใจออกมาในทางที่ไม่เหมาะสม หรือในอีกแง่หนึ่งของพฤติกรรมก้าวร้าวจะอยู่ตรงกลางระหว่างความโกรธกับพฤติกรรมรุนแรง เพราะพฤติกรรมก้าวร้าวมักเกิดรวดเร็วตามความโกรธ และถ้าไม่ได้จัดการให้สงบลงก็จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา

สรุปได้ว่า พฤติกรรมรุนแรงหมายถึง การกระทำของบุคคลในชุมชนที่ตั้งใจหรือเจตนาที่จะคุกคาม ช่มชู้ มุ่งให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือสูญเสียต่อชีวิตด้วยกำลังทางกาย โดยใช้อาวุธหรืออุปกรณ์อย่างหนึ่งอย่างใด เกิดผลกระทบต่อจิตใจหรือเกิดผลร้ายต่อร่างกายของผู้ถูกกระทำจนเกิดความทุกข์ทรมานที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต

2. แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

การศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นมีหลากหลายแนวคิด ทฤษฎีดังต่อไปนี้ เช่น

2.2.1 ด้านจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ (Psychology and Psychaitric Perspective)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ตั้งแต่มีทฤษฎีนี้เกิดขึ้นนักจิตวิเคราะห์ได้พยายามค้นคว้าอย่างต่อเนื่องในการศึกษาพฤติกรรมอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการทำงานของ id โดยมองว่าเกิดจากบุคคลที่ได้รับความทุกข์ทรมานใจ (Suffering) และไม่สามารถควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น รวมถึงแรงขับความต้องการจากความพึงพอใจของตนเองได้ บางทีพวกเขาอาจจะมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก และครอบครัวไม่สามารถให้ความรักความอบอุ่นแก่พวกเขา ซึ่งส่งผลให้อาชญากรรมมักจะมีลักษณะจิตใจไม่เข้มแข็ง หรือ ego ถูกทำลายโดยทำให้ไม่สามารถปรับตัวตามแบบแผนของสังคมได้ การมีสภาพจิตใจที่อ่อนแอหรือ weak egos จะมีความสัมพันธ์กับการไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และความคิด (immaturity) ทักษะทางสังคมบกพร่อง และมีพฤติกรรมที่พึ่งพิงคนอื่น (dependence) มากเกินไป บุคคลที่มี weak egos ดังกล่าวมักจะถูกชักนำจากกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือเป็นอันธพาล (antisocial) ไปสู่การกระทำอาชญากรรมและติดยาเสพติดได้ง่าย ผู้กระทำความผิดจำนวนหนึ่งเป็นบุคคลที่ superegos (ศีลธรรม ความดี-ชั่ว ฯลฯ) ไม่พัฒนา พวกเขากระทำอาชญากรรมโดยยากที่จะรู้ว่าสิ่งที่กระทำลงไปนั้นเป็นสิ่งที่ผิด (wrongfulness)(Siegel.1998)

ระดับสติปัญญากับอาชญา (IQ and Crime) (Gordon.1973 citing Vito&Holmes. 1994) รายงานว่า เยาวชนที่มีสติปัญญาดำมักจะทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบน และ Roy &Kroll (1998) กล่าวถึงงานวิจัยในยุโรปและอเมริกาในปี 1950 พบว่าเด็กเยาวชนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนมีคะแนน IQ ต่างจากเด็กปกติถึง 15-20 คะแนน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเฮอร์ชและฮินเดลแลง (Hirshi & Hindelang.1997 citing Vito & Holmes.1994) พบว่าระดับสติปัญญาของเด็กเป็นดัชนีชี้วัดถึงการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน เหมือนกับระดับชนชั้นทางสังคมและเชื้อชาติ อย่างไรก็ตาม ระดับสติปัญญาไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน แต่ระดับสติปัญญาที่มีความสัมพันธ์กับการสอนของโรงเรียนที่มีระดับต่ำ ซึ่งสามารถเป็นตัวนำไปสู่การยอมรับ และทำกิจกรรมตามกลุ่มเพื่อน โดยจบด้วยการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในท้ายสุด

ทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ ความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Illness) หรือป่วยเป็นโรคจิต (psychoses) ความผิดปกติดังกล่าวมีลักษณะคือไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (lack of contact with reality) บางครั้งมีอาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งนำไปสู่การใช้ความรุนแรงที่ไม่มีเหตุผล แต่ก็ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคจิตจะเป็นบุคคลอันตรายทุกคน คำจำกัดความของคำว่า

โรคจิตบางครั้งยังคลุมเครือ และสัดส่วนประชากรของคนปกติกับผู้ป่วยโรคจิตก็ยังไม่ชัดเจน Strasburg ก็พบว่า

มากกว่าร้อยละ 5 ของผู้ต้องขังเป็นโรคจิต ถ้าหากว่ามีอัตราส่วนระหว่างคนปกติกับผู้ป่วยโรคจิตมีความใกล้เคียงใกล้เคียงกัน ความเจ็บป่วยทางจิตก็อาจจะมีความสัมพันธ์กับการก่ออาชญากรรม เพราะบางที่ผู้ต้องขังมีอาการทางจิตเนื่องจากประสบการณ์ในเรือนจำ และมีอาการความผิดปกติทางจิตหลังจากการจำคุก (Conklin.1995)

2.3 ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง

บุญเสริม หุตะแพทย์ (2545) ได้แบ่งลักษณะพฤติกรรมความรุนแรง ดังนี้ คือ พฤติกรรมความรุนแรงต่อร่างกาย หมายถึง การใช้กำลัง และหรืออุปกรณ์ใดๆ เป็นอาวุธ มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับบาดเจ็บต่อร่างกายเล็กน้อย บาดเจ็บสาหัส ทั้งที่มีร่องรอยและไม่มีหรือถึงแก่ชีวิต เช่น การตบ ตี เตะ ต่อย บีบคอ ผลัก ขว้างปา ทิ่มแทง การล่ามโซ่กักขัง การจี้ด้วยบุหรี่หรือของร้อน การรอกด้วยยาพิษ เป็นต้น

- 1) พฤติกรรมความรุนแรงต่อจิตใจ หมายถึง การกระทำหรือละเว้นการกระทำใด ๆ

ที่มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำหรือผู้รับผลเสียใจ ปวดร้าว กระแทบกระเทือนใจ หวาดกลัวหวาดระแวง กังวล ไม่สบายใจขาดความเชื่อมั่นและนับถือตนเอง และหรือเสียสิทธิและเสรีภาพ เช่น การพูดจาหยาบคาย ตวาดตะคอก ตู้อูฐ ด่าทอ เหยียดหยาม การมีมติไม่พุดจาด้วยการปล่อยปละละเลย ทอดทิ้ง ปฏิเสธสิทธิที่ควรได้ จำกัดเสรีภาพและความเป็นอิสระในการเลือก เป็นต้น

- 2) พฤติกรรมความรุนแรงทางเพศ หมายถึง การกระทำในลักษณะลวนลาม คุกคามทางเพศหรือละเมิดสิทธิทางเพศ เช่น การใช้กิริยาวาจาแตะโลม มีเจตนาไปในทางชู้สาวการเกี้ยวพาราสี การใช้สายตาโลมเลีย มีเจตนาไปในทางชู้สาว การชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ โดยการข่มขู่ เป็นต้น การทำอนาจาร ข่มขืนกระทำชำเรา และการทำร้ายทางเพศ

- 3) พฤติกรรมความรุนแรงทางสังคม หมายถึง การปล่อยปละละเลย ทอดทิ้ง ไม่ให้ความสำคัญไม่สนใจ ขัดขวางความก้าวหน้า ขัดขวางการติดต่อ พบปะกับผู้อื่น เช่น เพื่อนญาติพี่น้อง บิดามารดาหรือบุตร เป็นต้น

- 4) พฤติกรรมความรุนแรงทางเศรษฐกิจ หมายถึง การควบคุมทรัพย์สิน การจำกัดค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ถูกกระทำดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ขาดปัจจัยการยังชีพ

2.4 ประเภทและระดับของความรุนแรง

2.4.1 ประเภทของความรุนแรง

มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับประเภทของความรุนแรง ไว้หลายแนวคิด ตัวอย่างต่อไปนี้

บุญเสริม หุตะแพทย์ (2545) ได้แบ่งประเภทของความรุนแรง ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความรุนแรงทางตรง หรือความรุนแรงส่วนบุคคล (personal violence) และความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) ดังนี้

1) ความรุนแรงทางตรง หรือ ความรุนแรงส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นกระบวนการอันประกอบไปด้วย ที่มาของความรุนแรง เป้าของความรุนแรง และเหยื่อของความรุนแรง เป็นความรุนแรงที่มีผลในการทำร้ายร่างกายและมีผู้กระทำ ที่มาของความรุนแรงอาจเกิดขึ้น โดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ได้ โดยให้ความสำคัญกับผู้ก่อความรุนแรง ซึ่งอาจเป็นปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มคน หรือระดับองค์กร นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับเครื่องมือที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ตั้งแต่ร่างกายของมนุษย์ จนถึงการใช้อาวุธ และให้ความสำคัญกับผลที่เกิดต่อร่างกาย เช่น การทำลายร่างกาย และการขัดขวางการทำงานของร่างกาย

2) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง เป็นการกระทำที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างศักยภาพของมนุษย์ (potentiality) กับสิ่งที่มนุษย์เป็นอยู่จริง (actuality) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ใช่ตัวบุคคล แต่เป็นผลจากการกระทำของระบบหรือโครงสร้างและในสถานการณ์ที่มีสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาขัดขวางหรือกีดกันมิให้ศักยภาพและความเป็นจริงของมนุษย์ประสานเข้าหากัน สิ่งที่ขัดขวางนี้เป็นสิ่งที่มีไม่ใช่มนุษย์ แต่เป็นสภาพความเป็นจริงของโครงสร้างทางสังคมที่เชื่อมโยงโดยตรงกับฐานคติ และระบบการให้คุณค่าในสังคมนั้น ๆ ความรุนแรงทางตรง และ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างมีข้อแตกต่างกันที่ความรุนแรงเชิงโครงสร้างไม่มีผู้กระทำเป็นตัวบุคคล หรือ เป็นองค์กรที่จับต้องได้เหมือนความรุนแรงทางตรงเพราะเมื่อเกิดความรุนแรงเชิงโครงสร้างขึ้น ตัวการที่ทำให้เกิดความรุนแรง คือ ตัวโครงสร้างนั่นเอง ดังนั้นช่วงเวลาของการเกิดความรุนแรงเชิงโครงสร้างจึงยาวนานจนทำให้คนในสังคมเกิดความเคยชินกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และในหลายสถานการณ์ หรือปรากฏการณ์หลายรูปแบบคนในสังคมมิได้รู้สึกว่าเป็นความรุนแรง

องค์การอนามัยโลก(WHO,1992) ได้จัดประเภทของความรุนแรงออกเป็น 3 กลุ่ม

1) ความรุนแรงต่อตนเอง เป็นความรุนแรงที่กระทำต่อตนเองโดยตรง ได้แก่ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย และ การทำร้ายตนเอง

2) ความรุนแรงระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

ความรุนแรงในครอบครัว สามารถแบ่งได้เป็น ความรุนแรงต่อเด็ก ความรุนแรงต่อคู่ครอง และความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นความรุนแรงที่มีขนาดใหญ่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัวมักเกิดขึ้นที่บ้าน

ความรุนแรงในชุมชน เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ซึ่งเกิดได้กับคนที่รู้จักคุ้นเคยกัน และคนแปลกหน้า สถานที่เกิดความรุนแรงมักเกิดนอกบ้าน

ความรุนแรงส่วนรวม เป็นการใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือโดยกลุ่มคนที่จำแนกตนเองว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งซึ่งต่อต้านกับอีกกลุ่ม หรือต่อต้านตัวบุคคลเพื่อผลทางการเมืองเศรษฐกิจ และจุดประสงค์ทางสังคม ความรุนแรงส่วนรวมนี้มีหลายลักษณะ เช่น ความขัดแย้งระหว่างรัฐ การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การปราบปราม การก่อการร้ายการละเมิดสิทธิมนุษยชน และองค์กรอาชญากรรม

2.4.2 ระดับของความรุนแรงในชุมชน

Monahan et al (2006) ได้แบ่งระดับความรุนแรงไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1) ความรุนแรงระดับร้ายแรง เป็นการมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธทำร้ายจนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ช่มชู้ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ

2) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆ เป็นมุ่งจะทำร้ายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยการใช้อาวุธหรือการทำร้ายร่างกาย

3) พฤติกรรมการทำร้ายร่างกาย ที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นจนกลายเป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆจนกระทั่งเป็นความรุนแรงระดับร้ายแรง

สำหรับ จิตตินันท์ (2541) แบ่งตามลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงได้ 4 ระดับ คือ ชนิดที่ไม่รุนแรงมาก เป็นระดับที่เหตุการณ์ไม่ใหญ่โตและไม่อันตรายมาก

1) เป็นอยู่ไม่นาน ท้องอืด ท้องเสีย จิตใจ หรือทางเพศ ได้แก่ ทางกาย มีบาดแผลอยู่ในเนื้อเยื่อ หรือเฉพาะที่ผิว เป็นรอยขีดข่วน ฟกช้ำเล็กน้อย ไฟไหม้ไม่มาก ทางจิตใจ เช่น ใช้คำพูดระคายหูเป็นครั้งคราว ลบหลู่ ทำให้บรรยากาศสับสน ทางเพศ เช่น การสัมผัสที่ไม่ถูกต้อง การเชยชวน และหรือการอวดอวัยวะเพศ และทางสังคม เช่น การทอดทิ้งไม่แสดงความรัก เป็นครั้งคราว

2) ชนิดที่รุนแรงปานกลาง เป็นระดับที่รุนแรงขึ้นแต่ยังไม่เป็นการคุกคามถึงชีวิต หรือมีแนวโน้มที่จะมีผลไปนาน ได้แก่ ทางกาย เช่น บาดแผลตื้น แต่กว้างมาก หรือรุนแรงและถึงขั้นได้ผิวหนัง เขียวช้ำ เป็นรอยกว้าง หรือมีรอยปูดแดง ซอกซ้ำมาก รอยนูนแดงใหญ่มีเลือดคั่งเป็นก้อนเล็ก ๆ ไฟลวก เล็กน้อย ทางจิตใจ เช่น ใช้คำพูดบาดใจ และทำให้ได้ายทำทารุณเป็นครั้ง

คราว ทางเพศ เช่น เล้าโลม สำเร็จความใคร่ ใช้นิ้วมือสอดใส่อวัยวะเพศทางสังคม เช่น การทอดทิ้ง ไม่ให้ความรักความ อบอุ่นบ่อย ๆ

3) ชนิดที่รุนแรงมาก เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่อง หรือมีอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจอย่างรุนแรง ความรุนแรงทางกาย เช่น บาดแผลยาว และลึก หรือกระดูกหัก เป็นต้น ความรุนแรงทางเพศ เช่น พยายามจะร่วมเพศ หรือร่วมเพศแล้ว ด้วยปาก ทางทวารหนัก หรือพยายามจะข่มขืนชำเราทางใจ เช่น ถูกรังเกียจบ่อยๆ บางครั้งปล่อยให้ถอดข้าวอดน้ำ ทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง และห้ามขยับเขยื้อนการทอดทิ้ง เช่น เด็กไม่ได้พบกับพ่อแม่ หรือผู้ปกครองบ่อยๆ

4) ชนิดเกือบถึงชีวิตหรือถึงแก่ชีวิต เป็นอันตรายที่เป็นอยู่นาน หรือรุนแรงต่อร่างกาย หรือต่อจิตวิทยา ซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิต ทางกาย เช่น บาดแผลที่เป็นอยู่นาน ปางตาย หรือเกือบตาย ทางเพศ เช่น คนในครอบครัวบังคับให้มีกิจกรรมทางเพศ ทางปาก ทวารหนัก หรือทางช่องคลอด เป็นระยะเวลาช้านาน ทางใจ เช่น ถูกรังเกียจอยู่เสมอ ไม่อบรมสั่งสอน ให้ออดข้าวอดน้ำบ่อยๆ ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และห้ามขยับเขยื้อน (ผูกตรึงไว้กับที่) การทอดทิ้ง เช่น พ่อแม่ไม่เคยมีเวลาให้ลูก เด็กเลี้ยงไม่โต เด็กไม่สามารถจะรักษาน้ำหนักเดิม และน้ำหนักยังลดลงต่อไป

2.5 การประเมินพฤติกรรมรุนแรง

ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไป ทั้งยังไม่มีมาตรฐานในการประเมินพฤติกรรมที่ชัดเจนนัก นักวิชาการส่วนใหญ่จะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดซึ่งเกิดจากประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงตามแนวคิดที่ผู้ศึกษาสนใจเป็นหลัก ทำให้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงมีความแตกต่างกันออกไป โดยส่วนใหญ่จะนำแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมาใช้โดยไม่เฉพาะเจาะจง เป็นการประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ดังนั้นจะพบว่าแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้มีการประยุกต์ใช้ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจะกล่าวดังต่อไปนี้

1) The brief psychiatric rating scale : BPRS (Overall & Gorham , 1962) เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) ความรู้สึกหวาดระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness) ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล(anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) ความตึงเครียด (tension) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า(motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect)

2) Historical Clinical Risk management : HCR-20 (Webster et al.,1997) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ประวัติในอดีต (Historical) ได้แก่ ช่วงวัยที่ก่อความรุนแรงครั้งแรก การมีสัมพันธภาพที่ไม่มั่นคง ปัญหาด้านการทำงาน ปัญหาจากการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติความบกพร่องทางจริยธรรม การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในช่วงวัยเด็ก บุคลิกภาพผิดปกติ ความล้มเหลวในการปฏิบัติตัวภายใต้กฎระเบียบ เป็นต้น ลักษณะทางคลินิก (Clinical) ได้แก่ ขาดความตระหนักเกี่ยวกับความบกพร่องของตนเอง มีเจตคติด้านลบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีอาการผิดปกติทางจิตชัดเจน มีพฤติกรรมและอารมณ์หุนหันพลันแล่น ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เป็นต้น และการบริหารจัดการกับความเสี่ยง (Risk Management) ได้แก่ การวางแผนที่ขาดความเป็นไปได้ การเผชิญกับสิ่งที่เป็ความเสี่ยง ขาดบุคคลสนับสนุนในการดูแลรักษาไม่ยินยอมและไม่มี ความพยายามที่จะกลับมารักษาอย่างต่อเนื่อง การเผชิญและการจัดการกับความเครียด

3) The overt Aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression : OAS (Yudofsky et al., 1986) ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งรวมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ

4) MacArthur Community Violence Instrument : MCVI (Monahan et al., 2006) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อตนเองและบุคคลอื่น ลักษณะของข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ เมื่อผู้ตอบเลือกใช่ในข้อหนึ่งข้อใดให้ระบุเวลาที่เกิดจากนั้นชักข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่สอง จากนั้นนำมาจำแนกเป็นระดับของความรุนแรง 3 ระดับ คือ 1) ความรุนแรงระดับร้ายแรง เป็นการ

มุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธทำร้ายจนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ช่มชู้ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ 2) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆ เป็นการมุ่งจะทำร้ายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยการใช้อาวุธหรือการทำร้ายร่างกาย 3) พฤติกรรมการทำร้ายร่างกาย ที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นจนกลายเป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆจนกระทั่งเป็นความรุนแรงระดับร้ายแรง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน

(MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) ตามกรอบแนวคิดของ Monahan et al (2006) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีองค์ประกอบและโครงสร้างที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน เป็นข้อคำถามที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน เหมาะกับการจำแนกระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนและง่ายต่อการนำไปใช้

2.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556)

การพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะวิกฤต ต้องแยกจากผู้ป่วยอื่นชั่วคราว

1) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาทางจิตใจ (Psychotherapeutic Environment) ควรจัดสิ่งแวดล้อมแบบเรียบง่าย เพอร์นิเจอร์ไม่ฉูดฉาด เงียบสงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นมาก จำกัดคนมาเยี่ยมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เมื่อพยาบาลเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย การใช้น้ำเสียงมีความสำคัญยิ่ง ต้องหนักแน่นแต่มีเมตตา สม่ำเสมอ ให้เกียรติ ไม่แสดงอารมณ์หรือคำพูดตอบกลับรุนแรง มีท่าทีที่แสดงความเป็นมิตร มีความจริงใจ ไม่ประสงคร้ายต่อผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการพูดประชดประชัน ฯลฯ เพราะผู้ป่วยไม่มีสมาธิฟังได้ตลอด

3) การให้การดูแลทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่สนใจตนเองเพราะมัวพูดและทำอย่างอื่น ไม่ได้กิน ไม่ได้นอน และขี้ถ่าย ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร และน้ำให้เพียงพอ ร่างกายอาจสกปรกแต่งกายแปลก ๆ จึงต้องดูแลให้อาบน้ำและแต่งกายให้เหมาะสม

4) การให้การปกป้องคุ้มครอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอันตรายต่อตัวเองและสังคม เนื่องจากการตัดสินใจไม่เหมาะสม ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์อาจใช้วิธีรักษาด้วยไฟฟ้าหรือยากล่อมประสาทขนาดสูง ต้องดูแลระมัดระวังสังเกตดูฤทธิ์แทรกซ้อนของยา และผลแทรกซ้อนของการรักษาโดยใช้ไฟฟ้า เช่น งุนงง หลงลืม อ่อนเพลีย

ในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยมีอาการสงบลง อาจจะเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์ไม่แน่นอน หรือมีท่าทางไม่สบายใจมาก จึงต้องระวังผู้ป่วยทำร้ายร่างกายหรือฆ่าตัวตาย

2.7 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาล

(สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต , 2547)

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

มาตรฐานที่ 1 : ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย

เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยและบุคคลอื่น ไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2) ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจและความรู้สึกโกรธออกทางคำพูดได้

ผู้ป่วยสงบไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้

- 1.1) ประเมินอาการและอาการแสดงที่สัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทางสีหน้า สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหว และการกระทำ กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ กระแทกกระทั้นด้วยความรุนแรง หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด การแสดงออกทางคำพูด เจ็บเฉยผิดปกติ โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน พุดก้าวร้าว

วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิติเตียน การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วย ระยะถอนยาและ Intoxication

- 1.2) ประวัติจากญาติและบันทึกของทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่อย่างไร ความช่วยเหลือหรือวิธีลดความรุนแรงที่เคยได้รับ

- 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดย

- 2.1) ขจัด/ลดสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุโดยตรงตามที่ประเมินได้
- 2.2) ตรวจสอบตัวผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้
- 2.3) แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้อื่นโดยให้พักในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย

เหมาะสมปลอดภัย

- 3) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้

พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจอย่างมีแผน ระวังระวังและมีท่าทีสงบ อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร แล้วเรียกชื่อผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตำหนิใช้คำถามปลายเปิดให้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดหรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็นโดย อธิบายถึงความจำเป็น ในการจำกัดพฤติกรรมระยะเวลา และสิทธิของ

ผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผู้คุมต้องมีเทคนิค เยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาที พูดคุยถามถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 2 : ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง
- 2) ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาลและพูดถึงความต้องการของตนเองกับพยาบาล

ได้

- 3) ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย

- 1.1) นัดเวลา สถานที่ให้แน่นอน
- 1.2) กำหนดและบอกวัตถุประสงค์แต่ละครั้งในการสนทนากับผู้ป่วย
- 1.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แผนการรักษาพยาบาล กิจกรรมประจำวันและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม

โอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม

- 1.4) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี

- 1.5) ใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง

- 1.6) ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยตามความต้องการ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล

- 2) ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกายได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อนเพียงพอ และมีการขับถ่ายปกติโดย

- 2.1) ดูแลให้อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง จัดสภาพแวดล้อมและดูแลความสะอาดเรียบร้อย บริเวณที่พักของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อ (ในรายที่ผู้ป่วยถูก Restrained หรือยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ให้จัดอาหารไว้ให้ผู้ผู้ป่วย)

- 2.2) ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ดื่มน้ำตามความต้องการของผู้ป่วย)

2.3) ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติ (ในกรณีที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ตามความต้องการและบริการให้ bed pan หรือพาไปห้องน้ำ)

2.4) ดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง (ในรายที่ถูกจำกัดพฤติกรรมต้องดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย)

มาตรฐานที่ 3 : ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนมีอาการโกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง
- 3) ผู้ป่วยเลือกวิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ ยอมรับสภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองโดย

- 2) มีท่าทีสงบ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย
- 3) ใช้เทคนิคการสนทนา กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธ และไม่พึงพอใจ
- 4) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความโกรธ ความก้าวร้าว เป็นเรื่องปกติ แต่ต้องมีขอบเขตและการแสดงออกอย่างเหมาะสม

5) จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น กีฬา การทำงาน กลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มชุมชนบำบัด
วางแผนร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีระบาย ความโกรธในลักษณะที่เหมาะสม หรือสังคมยอมรับโดย

6) ใช้เทคนิคการสนทนาให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีระบายความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว และผลที่เกิดขึ้นในอดีต

7) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาและทดลองใช้วิธีระบายความโกรธที่เป็นที่ยอมรับของสังคมและให้ตนเองสบายใจขึ้น

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีการจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลานั้นจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน พยาบาลจิตเวชในฐานะที่เป็นบุคลากรที่มีจิตเวชและมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่าง

มีขึ้นในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลง สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม แต่การพยาบาลดังกล่าวถือเป็นเพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงสั้นๆ และเป็นการพยาบาลในช่วงที่อยู่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งเหตุนี้หลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนก็อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำได้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง

ทฤษฎีจิตวิทยาของอาชญากรรม (The Psychology of Criminal Conduct : PCC) ของ Andrews and Bonta (2006) และทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ อายุ (age) เพศ (gender) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) ความล้มเหลวทางการศึกษา (Education failure) การอยู่ลำพัง (Live alone) อายุที่เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยโรคจิตเภท (Younger age at first hospitalization with schizophrenia) ประวัติการใช้สารเสพติด (History of substance use) ข้อจำกัดหรือการไม่มีกิจกรรมนันทนาการ (Limited or no vocational activity) ประวัติพฤติกรรมรุนแรง (History of violence) ประวัติการถูกล่วงละเมิด (History of abuse) พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) การตื่นตระหนก (Excitement) อาการระแวง (Suspiciousness) การต่อต้าน (Hostility) การปฏิเสธความเจ็บป่วย (Lack of insight) อาการแมเนีย (Symptoms of mania) อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) การถูกคุกคามหรือควบคุม (Threat/control override symptoms) การไม่ร่วมมือในการรักษา (Uncooperativeness) ภาวะสับสน (Disorientation) การร่วมมือในการกินยา (Medication adherence) การใช้สารเสพติด (substance abuse) คนเร่ร่อน (Homeless) การพกอาวุธ (Weapon availability)

MacArthur Risk Assessment Study ที่ได้จำแนกปัจจัยของพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การว่างงาน ประวัติการก่อความรุนแรงและก่ออาชญากรรมในอดีต การถูกระงับหรือกักขังในวัยเด็ก การวินิจฉัยโรค ประวัติมีบิดาใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ การใช้สารเสพติด การควบคุมความโกรธ รูปแบบของความรุนแรง ภาวะสับสน (Monahan et al., 2006)

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ของ Sune et al (2011) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) โรครจิตและอาการทางจิต (Psychoses and psychotic symptoms)
- 2) ลักษณะบุคลิกภาพและพยาธิวิทยาบุคลิกภาพ (Personality traits and personality pathology)
- 3) สภาวะทางจิตใจ (Mentalizing)
- 4) การใช้สารเสพติด (Substance abuse)
- 5) ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์(Demographic factors)

ผลการวิเคราะห์ Meta – Regression Analysis ของ Witt et al (2013)พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

- 1) ปัจจัยทางประชากรและบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (Demographic and Premorbid Factors) เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ การถูกล่วงละเมิด ในวัยเด็ก เป็นต้น
- 2) ปัจจัยประวัติอาชญากรรม (Criminal History Factors) ได้แก่ มีระดับคะแนนความรุนแรงสูง ประวัติก่อความรุนแรง ประวัติการก่ออาชญากรรมในอดีต เป็นต้น
- 3) ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค อาการทางบวกและอาการทางลบ (Psychopathological , Positive and Negative Symptoms Factors) ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค อาการทางบวก อาการทางลบ เป็นต้น
- 4) ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Neuropsychological Factors)
- 5) ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด (Substance Misuse Factors) ได้แก่ วินิจฉัยโรค ร่วมกับการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้สุรา เป็นต้น
- 6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษา (Treatment-Related Factors) ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการรักษา การรักษาไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นต้น
- 7) ปัจจัยประวัติการฆ่าตัวตาย (Suicidality Factors)

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและจากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ เวนิช บุราชรินทร์ (2554) พบว่าประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อายุและพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และอาการทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิต

เภทในชุมชน เพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถจำแนกปัจจัยออกเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรง โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Coid , 2013 ; Sune et al.,2011;Witt et al.,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554)

2) อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Monahan et al.,2006 ; Sune et al.,2011;Witt et al.,2013 ; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 18 - 40 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ

3) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคมหรือกลุ่มโรคของการตัดสินใจ มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพหรือกลุ่มโรคของการตัดสินใจ (Monahan et al.,2006;Sune et al.,2011; Witt et al.,2013)

4) ประวัติการใช้สารเสพติด จากการศึกษาพบว่าการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท(Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013 ; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด

5) ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาพบว่าประวัติ การก่อความรุนแรง การก่อคดีอาชญากรรม หรือการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท(Monahan et al.,2006 ; Sune et al.,2011; Witt at al,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรง เคยก่อคดีอาชญากรรมหรือเคยเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรม

6) อาการทางบวก จากการศึกษาพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984 ; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006 ;เวนิช บุราชรินทร์ 2554) ลักษณะเด่นของอาการทางบวกคือ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวงซึ่ง

อาการเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงและอาจกระตุ้นให้คนในชุมชน เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา จนเกิดผลกระทบต่อตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของ

7) อาการทางลบ จากการศึกษาพบว่าอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984 ; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006 ; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) แต่จะพบว่าอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ อีกทั้งอาการทางลบมักจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก แต่พบว่ามีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนอาการทางบวก (เวนิช บุราชรินทร์ , 2554)

8) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984 ; Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011;Witt et al.,2013) สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทคือ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การหยุดใช้ยาเอง การรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง จึงส่งผลให้เกิดการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้น้อยจนก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

4. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เวนิช บุราชรินทร์ (2554) ได้ทำการศึกษาวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวกและอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำนวน 130 คน พบว่าอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 24.6 32คน จาก 130 คน ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อายุและพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และอาการทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัฒนาภรณ์ พิบูลอลักษณ์ (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะการแสดง ความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและ ลักษณะการแสดงออก ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการพิจารณาจากจิตแพทย์ให้เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในทุกราย จำนวน 103 คน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 2 สัปดาห์ ประวัติ การใช้สารเสพติด บุคลิกภาพแบบหุนหันอารมณ์แปรปรวนและความคิดหวาดระแวง ลักษณะการแสดงออก ด้วยพฤติกรรมหงุดหงิดฉุนเฉียว เออะโวยวายพูดขู่คุกคาม แสดงท่าทางข่มขู่ คุกคาม ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

มณฑาทิพย์ ชัยเปรม (2556) ได้ทำการศึกษาไปข้างหน้า เรื่อง รายงานเบื้องต้น : พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์ ถึงความชุกของ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ วิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาลทุกรายที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาระหว่างการรักษา อายุ 18 ปีขึ้นไป พูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ ถึง 10 เมษายน 2555 สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากร ด้านการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 7 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 4 คนเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 1 คน ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของ พฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่ก้าวร้าวทางคำพูด รองลงมาเป็นก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น และก้าวร้าวทำลายทรัพย์สิน วิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนใหญ่ ใช้ วิธีการพูดคุย รองลงมาคือการผูกมัด และการสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ก้าวร้าวทางคำพูด ใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยก้าวร้าวทำร้ายตนเอง ใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ผู้ป่วยก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น ใช้การให้ยาและผูกมัดมากที่สุด ผู้ป่วยก้าวร้าวทำลายข้าวของ ใช้วิธี ผูกมัดมากที่สุด

อรุณี โสถถวินิชย์วงศ์ (2551) ได้ทำการศึกษาย้อนหลัง เรื่องรูปแบบการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยจิตเภทและรูปแบบการเกิด พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. เป็นการศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเลือก

แบบเจาะจงเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายปี 2550 มีบันทึกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงระบุอยู่ในบันทึกทางการแพทย์จำนวน 350 แพ้ม คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ของจำนวนแพ้มเวชระเบียนทั้งสิ้น 3.200 แพ้ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 61.4 เป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 38.6 อายุระหว่าง 20-39 ปี อายุเฉลี่ย 37 ปี จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นโสด พบมี ประวัติใช้และไม่ใช้สุรา/สารเสพติด เกือบเท่าๆกัน ได้รับการประเมินอยู่ในประเภทผู้ป่วยเรื้อรังมากที่สุด ส่วนใหญ่ มีการประเมินการเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่แรกรับเกิดเหตุในหอผู้ป่วยเรื้อรังชายมากที่สุด รองลงมาหอผู้ป่วยเรื้อรังหญิง ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ เวลา 12.00 -16.00 น. และ เวลา 16.00 น. -20.00 น. สถานที่เกิดเหตุพบมากที่สุดห้องนอน ร้อยละ 96.3 ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออก 3 ด้าน คือ พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ระดับความรุนแรงเกิดแล้วได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เกิดบาดแผลต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 23.1 ลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยพบอาการหงุดหงิดมากที่สุด รองลงมา มีหูแว่ว อาการหลงผิดและหวาดระแวง พบความถี่ในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 1 ครั้ง ร้อยละ 70.3 รองลงมา คือ ความถี่ 2-3 ครั้ง และการประเมินการเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง.

อุทยา นาคเจริญได้ทำการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและใช้ทฤษฎี Psychology of criminal conduct เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างทั้งแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง โดยพบว่าเครื่องมือนี้มี 2 องค์ประกอบ คือ คุณลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (15 ข้อ) และสภาพการณ์ต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (2 ข้อ) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกัน สนับสนุนว่าเครื่องมือนี้ มีความตรงเชิงโครงสร้าง การตรวจสอบอำนาจการทำนายของเครื่องมือโดยการติดตามการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย ในช่วง 2 เดือนต่อมาพบว่า มีความถูกต้อง (AUC) = .88 เมื่อพิจารณาจุดตัดที่คะแนน 23 เครื่องมือนี้มีค่าความไว (sensitivity) = .80 ค่าความจำเพาะ (specificity) = .79 และค่าอำนาจการทำนาย (positive predictive value) = .64 ส่วนผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในของครอนบาคอยู่ที่ระดับที่ยอมรับได้ (.89)

งานวิจัยในต่างประเทศ

Elbogen et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการรักษา และปัจจัยเสี่ยงการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในชุมชนและความเชื่อในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิต ทั้งหมดจำนวน 1011 คน พบว่าความรุนแรงในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อในการรักษาโรคทางจิตเวช

Monahan et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบของการประเมินความเสี่ยงความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เพื่อนำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาใน MacArthur Violence Risk Assessment Study มาใช้ประเมินสถานการณ์ความรุนแรงในชุมชน โดยใช้รูปแบบการจำแนกแบบต้นไม้ (classification tree) โดยโมเดลที่ใช้แสดงให้เห็นถึงความแม่นยำในการทำนายรูปแบบของการแสดงความรุนแรงให้เห็นอย่างความแตกต่างที่ชัดเจนในแต่ละระดับ ผลคือพบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่เกิดความรุนแรงในระดับต่ำและระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 1 และ 64 ตามลำดับ

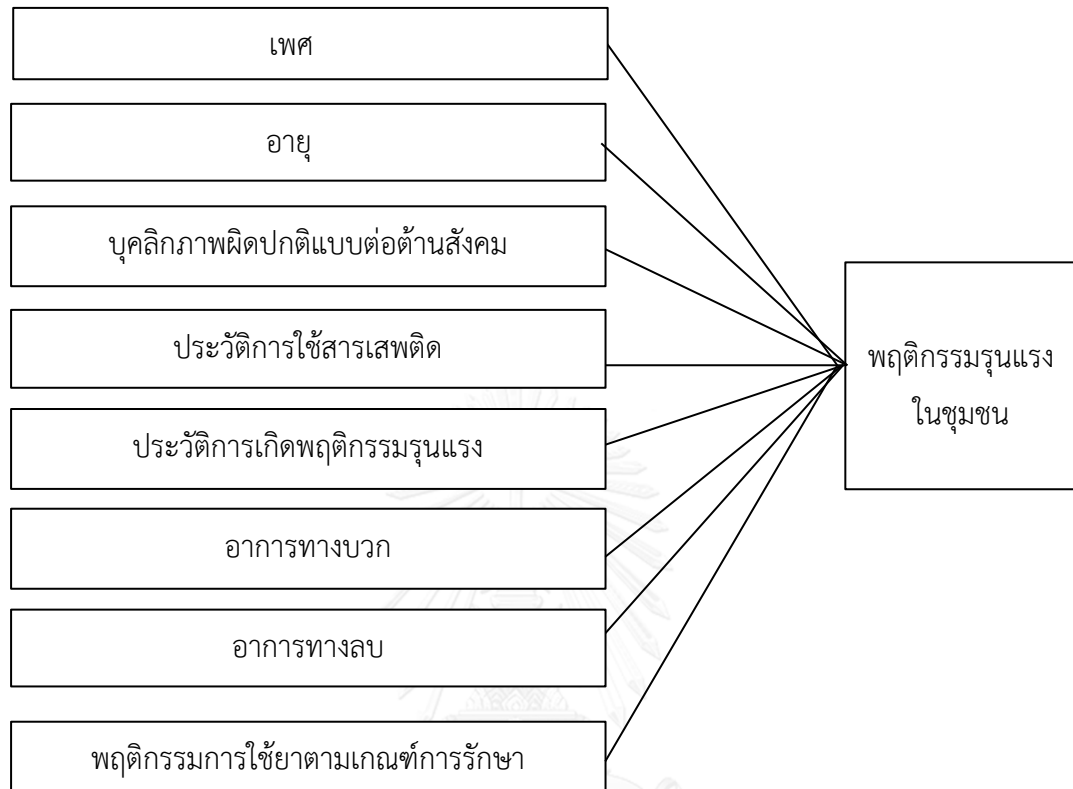
Sune et al. (2011) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยโดยให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยง กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อาการทางจิต โรคบุคลิกภาพ สภาวะทางจิต การใช้สารเสพติด และปัจจัยด้านประชากร วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทบทวนการทำนายปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 2 กลุ่มโดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่เคยมีประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรง กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติการก่อความรุนแรงหรือคดีอาชญากรรม และอาการทางบวก็แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมรุนแรง และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพอื่น ๆ รวมถึงอาการทางจิต ผลจากการประเมินสภาวะทางจิตที่เฉพาะเจาะจงสามารถอธิบายถึงการเกิดความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้

Witt et al. (2013) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยการการวิเคราะห์ Meta - Regression Analysis การศึกษาทั้งหมดจำนวน 110 งาน พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ 1) ปัจจัยทางประชากรและบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค 2) ปัจจัยประวัติอาชญากรรม 3) ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค อาการทางบวกและอาการทางลบ 4) ปัจจัยด้านประสาทวิทยา 5) ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด 6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษา และ 7) ปัจจัยประวัติการฆ่าตัวตาย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง

Ullrich et al. (2013) ได้ทำการศึกษารูปแบบการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิด ความรุนแรง ได้แก่ อาการหลงผิด ความโกรธ และความรุนแรงระดับร้ายแรง เพื่อศึกษาสถิติในการทำนาย ความรุนแรงหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิด ความรุนแรง เป็นการศึกษาระยะ ยาว ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1136 คนที่ได้รับการรักษาอาการหลงผิด โดยการติดตามหลังจาก จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าอาการหลงผิดไม่สามารถทำนายความรุนแรงที่ อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่จากการนำผลการศึกษามา วิเคราะห์ซ้ำใหม่จะพบว่าอาการหลงผิดที่มีความเฉพาะเจาะจง รวมไปถึงการระแวงว่ามีคนคอยจับ ตามอง มีคนติดตาม อาการหลงผิดคิดว่ากำลังถูกควบคุมโดยคนหรืออำนาจวิเศษ ทั้งหมดเหล่านี้ล้วน มีความสัมพันธ์กับความโกรธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมี ความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชใน ชุมชน อีกทั้งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่ม นี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ซึ่งตัวแปรต่างๆที่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกไปแล้ว 20 สัปดาห์ ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ จำนวน 12 โรงพยาบาล ดังนี้ ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 13 โรงพยาบาล ดังนี้ ภาคเหนือ 1 โรงพยาบาล ภาคกลาง 4 โรงพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 โรงพยาบาล ภาคใต้ 2 โรงพยาบาล มีจำนวนประชากรทั้งหมด 117,519 คน (กรมสุขภาพจิต ,2558)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกไปแล้ว 20 สัปดาห์ ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ จำนวน 12 โรงพยาบาล ดังนี้ ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 13 โรงพยาบาล ดังนี้ ภาคเหนือ 1 โรงพยาบาล ภาคกลาง 4 โรงพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 โรงพยาบาล ภาคใต้ 2 โรงพยาบาล มีจำนวนประชากรทั้งหมด 117,519 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชของแต่ละภาค ทั้งยังรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ารับการรักษาจากการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของแต่ละภาค จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีวิธีการดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) คือ

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
- 2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 20 สัปดาห์
- 3) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล
- 4) ได้รับการขออนุญาตจากญาติ/ผู้ดูแล/แพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของญาติ/ผู้ดูแล/แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถให้ความยินยอมในการมีส่วนร่วมในการวิจัยได้
- 5) ไม่มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยสูตร Thorndike (Thorndike ,1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N = 10k + 50 \text{ (เมื่อ } N = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา)}$$

$$N = (10 \times 9) + 50$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ 140 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multiple-Stage Random Sampling) ได้แก่ ดังนี้ คัดเลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะภูมิภาคต่าง ๆ ได้แก่ ภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคกลาง 4 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง ภาคใต้ 2 แห่ง สุ่มโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยนำมาจับฉลากเพื่อให้ได้เป็นตัวแทนของแต่ละภาค 1 โรงพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แต่เนื่องจากเหตุผลที่ได้กล่าวไว้เบื้องต้นในส่วนข้อจำกัดของการวิจัยจึงทำให้การศึกษาคั้งนี้ได้ทำการศึกษาเพียง 3 โรงพยาบาลคือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และได้ทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใหม่ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปตามตารางสำเร็จของทาโร ยามาเน่ (Yamane,1973) ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีขนาดเท่ากับ 15,522 คน ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 10% ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 100 คน แต่เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยได้เก็บเพิ่มร้อยละ 5 รวมเป็น 105 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน
 ดังนั้นแต่ละภาคจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ $105/3 = 35$ คน

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยจิตเภทนอก จำแนกตามโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต ,2558)

โรงพยาบาล	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	3,864	35
โรงพยาบาลสวนปรุง	3,230	35
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	3,956	35
รวม	15,522	105

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจคือหมายเลขคู่ และหมายเลขคี่ แล้วจับขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น เมื่อสุ่มจนได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่ต้องการจึงทำการเรียกหมายเลขเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ป่วยยินยอมก็เริ่มทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะที่รอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ ของผู้ป่วยนอก หลังจากสัมภาษณ์เสร็จ จึงสุ่มผู้ป่วยคนต่อไปตามขั้นตอนเดิม จนครบตามจำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองในลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชครั้งแรก ระยะเวลาของการป่วยโรคจิตเวช ประวัติการรักษาโรคจิตเวช ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และประวัติการใช้สารเสพติดหรือสุรา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช MINI international Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดยพันธุงษา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการประเมินและติดตามผู้ป่วยให้เกิด

ประสิทธิผลและถูกต้องมากขึ้น เครื่องมือ M.I.N.I. ประกอบด้วยคำถามคัดกรองเบื้องต้น และคำถามรายละเอียดเฉพาะอาการในแต่ละการวินิจฉัย โดยการสัมภาษณ์ จะเริ่มต้นคำถามในแต่ละชุดวินิจฉัย (Module) ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัย ได้แก่ โรคหรือภาวะในกลุ่ม Axis I 14 ชุด ภาวะฆ่าตัวตายและบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม Axis II อีก 1 ชุดวินิจฉัย ในทุกชุดวินิจฉัยจะเริ่มต้นด้วยคำถามคัดกรอง 1 – 2 คำถามก่อน (ยกเว้นภาวะฆ่าตัวตาย และโรคจิตที่ไม่มีคำถามคัดกรอง) หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์จากคำถามคัดกรอง ก็จะเพิ่มรายละเอียดเฉพาะอาการในการวินิจฉัยโรคนั้น การสัมภาษณ์จะดำเนินไปในลักษณะเช่นนี้จนครบทุกชุดวินิจฉัย ท้ายสุดจะสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยใดบ้าง นอกจากนี้ยังได้ระบุกรอบระยะเวลาอย่างชัดเจน เช่น กำลังป่วยอยู่ (current) หรือเคยป่วยในอดีต (past) หรือเป็นการเจ็บป่วยในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime) เป็นต้น สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินเฉพาะชุดวินิจฉัย K. NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDER เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ และชุดวินิจฉัย P. ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional) มีลักษณะบุคลิกภาพบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมหรือไม่ โดยผู้สัมภาษณ์จะอ่านทุกข้อคำถาม ในทุกข้อคำถามจะต้องตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยวงกลมล้อมรอบคำตอบที่อยู่ด้านขวาของคำถาม ผู้สัมภาษณ์ควรใช้การตัดสินใจทางคลินิกประกอบก่อนลงคำถาม ถ้าจำเป็นควรถามถึงตัวอย่างเพื่อให้แน่ใจว่าได้คำตอบที่ถูกต้อง ผู้สัมภาษณ์ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแต่ละคำถามอย่างแท้จริง

ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูง และได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก (Positive symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน Positive Scale (P)

1. **อาการหลงผิด(Delusions)** หมายถึงความเชื่อที่ไม่มีพื้นฐาน ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และมีลักษณะเฉพาะตัวไม่เหมือนคนอื่น ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้ หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน ว่าร้าย นินทา หลงผิดคิดว่าการกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก หลงผิดคิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ และหลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และอิทธิพลของความคิดนั้น ต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและพฤติกรรม ตามรายงานจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- | | |
|-------------------------|--|
| 1 ไม่มีอาการ | ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ |
| 2 มีอาการขั้นต่ำสุด | สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| 3 มีอาการเล็กน้อย | มีอาการหลงผิดหนึ่งหรือสองประการ ซึ่งมีลักษณะคลุมเครือ ไม่ค่อยชัดเจน และผู้ป่วยไม่ได้ยึดถืออย่างจริงจัง และความคิดหลงผิดนี้ไม่มีผลรบกวนความคิดความสัมพันธ์ทางสังคม หรือพฤติกรรม |
| 4 มีอาการปานกลาง | มีอาการหลงผิดจำนวนมากซึ่งไม่มีความชัดเจน หรือเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆไม่ตายตัว หรือมีอาการหลงผิดที่ชัดเจนสองสามประการ ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือพฤติกรรมเป็นบางครั้ง |
| 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง | มีอาการหลงผิดที่ชัดเจนหลายเรื่อง ที่ผู้ป่วยยึดถืออย่างจริงจัง และมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม หรือพฤติกรรมเป็นบางครั้ง |
| 6 มีอาการรุนแรง | มีอาการชุดหนึ่งที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจมีลักษณะเป็นระบบหรือเป็นเรื่องเป็นราวค่อนข้างมาก โดยผู้ป่วยยึดถืออย่างจริงจัง และมีผลกระทบต่อความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งพฤติกรรมอย่างชัดเจน |

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการชุดหนึ่งที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง และมีลักษณะเป็นระบบ เป็นระบบเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจนมาก หรือมีมากมายหลายเรื่องจนมีผลครอบงำชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ ละมักจะส่งผลเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมและขาดความรับผิดชอบ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นได้

2. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) คือการทราบจากผู้ป่วยบอก หรือสังเกตได้จากพฤติกรรม ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกที่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนนี้อาจเป็นการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกายอื่นๆ ก็ได้

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : จากคำบอกเล่าและการแสดงออกของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มี	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มี	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มี	มีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนหนึ่งหรือสองอย่างนานๆครั้ง หรือมีอาการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งคลุมเครือไม่ชัดเจน และไม่ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิดหรือพฤติกรรม
4 มี	มีอาการประสาทหลอนบ่อยๆ แต่ไม่ค่อยต่อเนื่องกันตลอดเวลา และมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย

5 มี มีอาการประสาทหลอนบ่อยๆ อาจมีอาการในระบบเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ มากกว่า
อาการ หนึ่งด้าน และมักทำให้มีความคิดหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ ผู้ป่วยมักจะตีความ
ค่อนข้าง ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ด้วยอาการหลงผิดและแสดงการตอบสนองทั้งทางอารมณ์
ง หรือในบางครั้งอาจจะพูดโต้ตอบ

รุนแรง

คะแนน เกณฑ์การประเมิน

น

6 มี มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันเกือบตลอดเวลา ทำให้มีความผิดปกติทางความคิด
อาการ และพฤติกรรมค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจะคิดว่าอาการประสาทหลอนนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ
รุนแรง ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยถูกรบกวนจากการตอบสนองทั้งทางอารมณ์ คำพูด
และอาการที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยๆ

7 มี ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับอาการประสาทหลอนอยู่เกือบตลอดเวลา จนมีผลครอบงำความคิด
อาการ และพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความหมายของอาการประสาทหลอนด้วย
รุนแรง อาการหลงผิดต่างๆ จะพูดและแสดงพฤติกรรมต่างๆ โต้ตอบกับอาการประสาทหลอน
มาก รวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งจากอาการประสาทหลอนด้วย

3. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) หมายถึง การมี

ความเชื่อมั่นในความคิดของตนเองมากเกินไป และมีความรู้สึกว่าตนเองเหนือกว่าคนอื่นโดยไม่
สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งการหลงผิดคิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ ร่ำรวย มีความรู้ มี
ชื่อเสียง อำนาจ ตลอดจนคุณธรรมสูงส่งกว่าคนอื่น

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และอิทธิพลของ
ความคิดนั้นต่อพฤติกรรม ตามรายงานจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

1 ไม่มีอาการ

ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ

2 มีอาการขั้นต่ำสุด

สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าเป็น
เกณฑ์ปกติ

3 มีอาการเล็กน้อย

เห็นได้ว่ามี ความมั่นใจในตนเองสูงกว่าปกติ และคุยโอ้อวดบ้าง
แต่ไม่มีความหลงผิดว่ามีความสามารถเกินจริงชัดเจน

4	มีอาการปานกลาง	มีความรู้สึกว่าคุณเห็นอกเห็นใจคนอื่นอย่างชัดเจนมากเกินไปจนความเป็นจริง และอาจมีอาการหลงผิดที่ไม่ชัดเจน คิดว่าตนมีสถานะหรือความสามารถพิเศษแต่ไม่แสดงออก หรือปฏิบัติตาม
คะแนน		เกณฑ์การประเมิน
5	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าตนมีความสามารถพิเศษ มีสถานะสูงส่ง หรือมีอำนาจ ซึ่งผู้ป่วยแสดงออก และมีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วย แต่ยังไม่มียผลต่อพฤติกรรม
6	มีอาการรุนแรง	แสดงออกว่ามีความหลงผิดอย่างชัดเจนว่าตนมีลักษณะพิเศษเหนือคนอื่นในเรื่องต่างๆ มากกว่าหนึ่งเรื่อง (ความร่ำรวย ความรู้ ชื่อเสียง ฯลฯ) ซึ่งมีผลต่อปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างชัดเจน และผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติตามนั้น
7	มีอาการรุนแรง	ความคิด ปฏิสัมพันธ์ และพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย ถูกครอบงำด้วยอาการหลงผิดต่างๆ ว่าตนมีความสามารถพิเศษ มีฐานะร่ำรวย มีความรู้ มีชื่อเสียง อำนาจ หรือมาตรฐานทางคุณธรรมสูงกว่าคนอื่น และอาการหลงผิดนั้นอาจมีลักษณะแปลกประหลาด

4. ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน (Suspiciousness/Persecution) หมายถึง การมีความรู้สึกระแวงว่าจะมีคนมุ่งร้าย อย่างเกินกว่าเหตุ และไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งแสดงออกโดยการระมัดระวังตัวมาก มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีการระแวงระวังเกินเหตุเนื่องจากหวาดระแวง หรือมีความคิดหลงผิดว่าคนอื่นคิดจะทำร้าย

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และอิทธิพลของความคิดนั้นต่อพฤติกรรม ตามรายงานจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน		เกณฑ์การประเมิน
1	ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2	มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3	มีอาการเล็กน้อย	มีท่าทีระมัดระวัง หรืออาจจะถึงแสดงความไม่ไว้วางใจออกมา

โดยเปิดเผย แต่ความคิด การกระทำ และพฤติกรรมต่างๆ ยังคงได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
4 มีอาการปานกลาง	เห็นได้ชัดว่ามีความรู้สึกไม่ไว้วางใจอย่างชัดเจน โดยแสดงออกในการสัมภาษณ์และ/หรือ พฤติกรรม แต่ไม่มีความคิดหลงผิดว่ามีคนปองร้ายแต่ไม่ชัดเจนนัก และดูไม่ค่อยมีผลต่อทัศนคติหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยแสดงความไม่ไว้วางใจผู้อื่นอย่างชัดเจน ทำให้มีปัญหาในความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมาก หรืออาจมีอาการหลงผิดว่าคนปองร้ายอย่างชัดเจน แต่ยังมีผลต่อทัศนคติหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพียงบางระดับเท่านั้น
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการหลงผิดว่ามีคนปองร้าย ที่มีอิทธิพลครอบงำความคิดของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะมีลักษณะเป็นระบบเป็นเรื่องราวชัดเจน หรือมีผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมาก
7 มีอาการรุนแรง	มีอาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายที่โยงใยเป็นระบบเป็นเรื่องราวชัดเจนมากจนมีผลครอบงำความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย

5. ความคิดสับสน พุดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พุดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน

(Conceptual disorganization) หมายถึง ความสับสนในกระบวนการของการใช้ความคิด ซึ่งทำให้มีปัญหาของการคิดอย่างต่อเนื่อง และมีเป้าหมาย ทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น อาการคิดและพุดอ้อมค้อม (circumstantiality) การพุดนอกประเด็น (tangentiality) ความคิดไม่ประติดประต่อ (loose association) ความคิดไม่ต่อเนื่องเป็นเหตุเป็นผล หรือมีการหยุดชะงักของความคิด (thought block)

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: ลักษณะการใช้คำพูดและความคิดระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	ความคิดอ้อมค้อม ไม่อยู่ในประเด็น หรือมีเหตุผลแปลกๆ มีปัญหาบ้างในการควบคุมความคิดให้เป็นไปตามเป้าหมาย และอาจมีอาการคิดไม่ปะติดปะต่อ เมื่ออยู่ภายใต้ความกดดัน
4 มีอาการปานกลาง	ยังสามารถรวบรวมความคิดให้อยู่ในประเด็นได้ในกาสื่อสารที่สั้นๆ และมีกรอบชัดเจน แต่จะเริ่มมีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อ และตอบไม่ตรงประเด็น เมื่อเผชิญกับการสื่อสารที่ซับซ้อนขึ้น หรือมีความกดดันแม้เพียงเล็กน้อย
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	โดยทั่วไปจะมีปัญหาการเรียบเรียงความคิด ซึ่งจะเห็นได้จากการมีการพูดไม่ตรงประเด็น ไม่ต่อเนื่อง หรือมีความคิดไม่ปะติดปะต่ออยู่บ่อยๆ แม้จะไม่มี ความกดดันอะไรเลยก็ตาม
6 มีอาการรุนแรง	ความคิดมีลักษณะสะเปะสะปะ และขาดความสอดคล้องกัน ภายใต้อาการกดดันอย่างมาก ทำให้มีการพูดไม่ตรงประเด็นอย่างชัดเจน และมีลักษณะการขาดตอนของกระบวนการในการคิดอยู่ตลอดเวลา
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีการขาดตอนของความคิดมากถึงขั้นที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถเข้าใจความคิดและคำพูดของผู้ป่วยได้ มีอาการความคิดและคำพูดไม่ปะติดปะต่ออย่างมาก ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น มี “word salad” หรือ มีอาการไม่พูด (mutism)

6. **ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง (excitement)** หมายถึง อาการอยู่ไม่สุข ที่แสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ การไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ มีอาการระแวงระวังมากกว่าปกติ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงง่ายกว่าปกติ

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: จากพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งแสดงออกขณะสัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีอาการกระวนกระวายบ้างเล็กน้อยระแวงระวังมากกว่าปกติ หรือจะมีอาการตื่นตัวมากกว่าปกติตลอดเวลาที่สัมภาษณ์ แต่ไม่มีช่วงใดที่แสดงอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย หรือมีอาการแปรปรวนมากอย่างชัดเจนกระแสดำพูดอาจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย
4 มีอาการปานกลาง	แสดงอาการกระวนกระวายและตื่นตัวมากกว่าปกติให้เห็นได้อย่างชัดเจนตลอดการสัมภาษณ์ โดยแสดงออกในกระแสดำพูดและการเคลื่อนไหวทั่วไป หรือมีอาการรุนแรงขึ้นเป็นพักๆ
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการอยู่ไม่สุขอย่างชัดเจน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติมาก (out bursts of motor activity) เกิดขึ้นบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยนั่งอยู่นิ่งติดต่อกันหลายๆ นาที ทำได้ยาก
6 มีอาการรุนแรง	มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวายมากเกือบตลอดการสัมภาษณ์ทำให้มีการเสียสมาธิและมีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การนอน บ้างพอประมาณ
7 มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวายอย่างรุนแรง จนมรผลกระทบต่อการกินและการนอนอย่างมากและทำให้เกิดจะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เลย กระแสดำพูดและการเคลื่อนไหวร่างกายที่เร็วผิดปกติอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence) และอาจทำให้ผู้ป่วยหมดแรงได้

7. พฤติกรรมไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การแสดงความโกรธ และความขุ่นเคืองใจ ออกมาทั้งทางคำพูด และสีหน้าท่าทาง ซึ่งอาจรวมถึง การพูดถากถางประชดประชัน การแสดง พฤติกรรมต่อต้านอย่างเงียบๆ (passive aggressive behavior) ใช้วาจาก้าวร้าว จนถึงการทำร้าย ร่างกาย

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: จากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมและมนุษยสัมพันธ์ ที่แสดงออก ระหว่างการสัมภาษณ์ และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การแสดงความโกรธหรือไม่พอใจอย่างอ่อน ๆ หรือมีการหักห้ามไว้ เช่น การพูดถากถาง ขาดความเคารพ แสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร และแสดงการดูหมิ่นเป็นบางครั้ง
4 มีอาการปานกลาง	แสดงท่าที่ไม่เป็นมิตรอย่างเปิดเผย แสดงความโกรธ อาการดูหมิ่น และความไม่พอใจโดยเปิดเผยออกมาบ่อยๆ
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยแสดงอาการดูหมิ่นมาก และมีการใช้วาจาก้าวร้าว หรือข่มขู่คุกคามเป็นบางครั้ง
6 มีอาการรุนแรง	ไม่ร่วมมือ และใช้วาจาก้าวร้าวหรือข่มขู่ในการสัมภาษณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีลักษณะก้าวร้าวอย่างรุนแรง และมุ่งร้าย แต่ไม่ถึงขั้นทำร้ายร่างกายคนอื่น
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยมีอาการโกรธอย่างรุนแรง ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้านไม่ร่วมมือ ไม่สามารถปฏิสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายร่างกายผู้อื่นเป็นครั้งคราว

วิธีคิดคะแนนจะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7 – 49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ - 42 ถึง + 42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite Scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท และ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการด้านลบ (Negative Symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 1 ไม่มีอาการ

คะแนน 2 มีอาการขั้นต่ำสุด

คะแนน 3 มีอาการเล็กน้อย

คะแนน 4 มีอาการปานกลาง

คะแนน 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง

คะแนน 6 มีอาการรุนแรง

คะแนน 7 มีอาการรุนแรงมาก

เกณฑ์การให้คะแนน Negative Scale (N)

1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกโดยมีการแสดงสีหน้า การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และท่าทางในการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: จากการสังเกตลักษณะกิริยาท่าทาง พื้นฐานอารมณ์ และการตอบสนองอารมณ์ของผู้ป่วย ระหว่างสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การเปลี่ยนแปลงสีหน้าละการแสดงกิริยาท่าทางในการสื่อสารดูแข็ง ๆ หรือผื่น ๆ ไม่เป็นธรรมชาติ หรือไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง
4 มีอาการปานกลาง	แสดงสีหน้าและท่าทางในการสื่อสารน้อย ทำให้ดูแข็งทื่อไม่มีชีวิตชีวา
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	อารมณ์โดยทั่วไปจะเฉยเมย นาน ๆ จึงมีการเปลี่ยนสีหน้าบ้าง และมีการแสดงท่าทางประกอบการพูดน้อยมาก
6 มีอาการรุนแรง	อารมณ์เฉยเมยมาก แทบไม่มีการแสดงอารมณ์เลย เกือบตลอดเวลา และอาจมีการแสดงอารมณ์รุนแรงต่าง ๆ โดยไม่ควบคุม เช่น อากาการตื่นเต้น บันดาลโทสะ หรือหัวเราะอย่างควบคุมไม่ได้ ออกมาโดยไม่เหมาะสมเป็นพัก ๆ
7 มีอาการรุนแรงมาก	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีหน้า หรือการแสดงกิริยาท่าทางประกอบการสื่อสารเลย

2. การไม่แสดงอารมณ์ (Emotional Withdrawal) หมายถึง การขาดความสนใจ และความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : รายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว และจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมของมนุษย์สัมพันธ์ ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
3 มีอาการเล็กน้อย	มักจะขาดการริเริ่มในการทำสิ่งต่าง ๆ และบางครั้งอาจมีลักษณะขาดความสนใจในเหตุการณ์รอบตัว
4 มีอาการปานกลาง	โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความรู้สึกห่างเหินจากสิ่งแวดล้อมและการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม แต่ยังสามารถกระตุ้นให้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมีความรู้สึกห่างเหินจากผู้คนรอบข้างและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวอย่างชัดเจน และต่อต้านความพยายามที่จะกระตุ้นให้ตนเข้าร่วมในสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักจะดูห่างเหิน เงียบและดูเลื่อนลอย ไม่มีจุดหมาย แต่ยังสามารถมีส่วนร่วมในการสนทนาได้บ้างเป็นช่วงสั้น ๆ และสามารถดูแลเรื่องส่วนตัวของตนเองได้ โดยอาจต้องการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
6 มีอาการรุนแรง	ขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตมาก ทำให้พูดคุยกับคนอื่นน้อยมาก และมักไม่สนใจดูแลตนเองทำให้ต้องมีผู้คอยให้การดูแล
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยมีลักษณะแยกตัวและขาดการติดต่อสื่อสาร กับสิ่งแวดล้อม โดยเกือบสิ้นเชิง และจะไม่สนใจดูแลตนเองเลย เนื่องจากขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์อย่างรุนแรง

3. **มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor Rapport)** หมายถึง การขาดความสามารถในการเข้าอกเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดเผยตนเองในการพูดคุย มาสามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ หรือการมีส่วนร่วมกับผู้สัมภาษณ์ได้ จะแสดงออกโดยการมีความห่างเหินในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการมีการสื่อสารทั้งทางวาจา และวิธีอื่น ๆ น้อยลง

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: จากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมและมนุษย์สัมพันธ์ ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	การพูดคุยมีลักษณะแข็งๆ ดุติงเครียด ไม่เป็นธรรมชาติ โดยมักจะขาดความลึกซึ้งทางอารมณ์ หรือมีแนวโน้มที่จะคุยแต่เรื่องทั่วๆ ไป ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด และเป็นหลักการกว้างๆ
4 มีอาการปานกลาง	โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีลักษณะเฉยเมย และแสดงความห่างเหินในความสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นอย่างค่อนข้างชัดเจน ผู้ป่วยอาจจะตอบคำถามอย่างทื่อๆ ไม่กระตือรือร้น แสดงอาการเบื่อหน่าย หรือไม่แสดงความสนใจ
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีลักษณะไม่มีส่วนร่วมอย่างชัดเจน จนเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการสบตาหรือการมองหน้าตรง
6 มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมยมาก และแสดงความห่างเหินในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างชัดเจน ตอบคำถามอย่างแกน ๆ และแสดงการมีส่วนร่วมในการพูดน้อยมาก มักจะเลี่ยงการสบตา การมองหน้าคู่สนทนา
7 มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อผู้สัมภาษณ์เลย มีลักษณะเฉยเมยและเย็นชามาก และหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ทางวาจาและกิริยาท่าทางในการสัมภาษณ์อยู่ตลอดเวลา

4. อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic Withdrawal) หมายถึง การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy) ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้มีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง และละเลยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: รายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	แสดงความสนใจในกิจกรรมทางสังคมเป็นบางครั้ง แต่ไม่เป็นฝ่ายเริ่ม มักเข้าร่วมต่อเมื่อคนอื่นเป็นฝ่ายเข้าหาก่อนเท่านั้น
4 มีอาการปานกลาง	เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเกือบทุกครั้งตามที่ถูกชักจูงโดยไม่ค่อยสนใจสนใจ หรือทำไปอย่างแค้นๆ และมักจะไม่ได้แสดงบทบาทในกลุ่ม
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ยอมเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้นเมื่อได้รับการชักจูง แต่จะไม่แสดงความสนใจหรือริเริ่มทำสิ่งต่างๆ ในกลุ่มเลย โดยทั่วไปจะใช้เวลาอยู่ร่วมกับคนอื่นน้อยมาก
6 มีอาการรุนแรง	มีแนวโน้มที่จะมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ และแยกตัว เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยมาก บางครั้งจะเพิกเฉยต่อความต้องการส่วนตัว มีการติดต่อสัมพันธ์ทางสังคม
7 มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงมากในด้านต่อไปนี้ คือ ลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ แยกตัวจากสังคม และเพิกเฉยต่อความต้องการส่วนตัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม (Difficulty in abstract thinking)

หมายถึง มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์ทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดตน หรือนอกเหนือจากเรื่องที่เห็นง่ายๆ เป็นรูปธรรม

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : การตอบคำถามในการเปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง การแปลความหมายคำพังเพย และลักษณะการใช้ความคิดระหว่างการสัมภาษณ์ ว่ามีความคิดแบบรูปธรรมหรือนามธรรม

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีแนวโน้มที่จะแปลคำฟังเพียงส่วนที่ยากตามตัวอักษร หรือตามความคิดของตนเอง และอาจมีปัญหาบ้างกับความคิดที่เป็นนามธรรมค่อนข้างมากหรือเห็นความสัมพันธ์กัน得不ชัดเจน
4 มีอาการปานกลาง	มักจะคิดอย่างเป็นรูปธรรม มีปัญหาในการแปลคำฟังเพียงส่วนใหญ่ และในการจัดหมวดหมู่บางส่วน มักจะฟังความสนใจไปลักษณะที่เป็นรูปธรรมหรือเห็นได้ชัดๆ เช่นหน้าที่ของสิ่งนั้นๆ มากกว่า
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	คิดด้วยความคิดรูปธรรมเป็นหลักมีปัญหาในการแปลคำฟังเพียงเกือบทั้งหมด และปัญหาการจัดหมวดหมู่หลายข้อ
6 มีอาการรุนแรง	ไม่สามารถเข้าใจความหมายที่เป็นนามธรรมของคำฟังเพียง หรือการพูดเชิงอุปมาอุปไมยได้เลย สามารถเปรียบเทียบและจัดหมวดหมู่ได้เฉพาะสิ่งเหมือนกันที่ง่ายที่สุดเท่านั้น ความคิดจะมีลักษณะว่างเปล่า คิดเฉพาะเรื่องที่เห็นได้ชัดๆ หรือใช้การตีความเฉพาะตัว
7 มีอาการรุนแรงมาก	ใช้เฉพาะความคิดแบบรูปธรรม ไม่สามารถเข้าใจ สุภาชิต คำฟังเพียง คำเปรียบเทียบ หรือการอุปมาอุปมัย และการจัดหมวดหมู่ แม้แต่ส่วนที่ง่ายที่สุดได้ ไม่สามารถจะนำแม้แต่ลักษณะหน้าที่ หรือลักษณะรูปธรรมที่เห็นได้ชัดๆ มาช่วยในการคิดจัดหมวดหมู่ได้ เกณฑ์การวินิจฉัยในข้อนี้อาจใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการสัมภาษณ์ได้เลยเนื่องจากมีความบกพร่องของการรู้(cognitive impairment) อย่างรุนแรง

6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สั่นไหลอย่างต่อเนื่อง (Lack of spontaneity and flow of conversation) หมายถึง การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะไร้อารมณ์ (apathy) การขาดแรงกระตุ้นภายใน (avolition) การระมัดระวังหรือความบกพร่องของการรู้ (cognitive deficit) แสดงออกโดย การมีกระแสคำพูดที่สั่นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลง และได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน: กระบวนการของการรู้และการพูด (Cognitive-verbal process) สิ่งกีดขวางการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีการริเริ่มการสนทนาบ่อย มักจะตอบคำถามสั้นๆ โดยไม่มีรายละเอียดทำให้ผู้สัมภาษณ์ต้องถามนำ หรือถามในประเด็นนั้นโดยตรง
4 มีอาการปานกลาง	การสนทนาไม่สั่นไหลไปอย่างต่อเนื่องมีลักษณะไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดชะงักเป็นพักๆ มักต้องใช้คำถามนำบ่อย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบและช่วยให้การสนทนาดำเนินการต่อไปได้
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ขาดการสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติและมีลักษณะไม่เปิดเผยอย่างมากจะตอบคำถามผู้สัมภาษณ์ด้วยประโยคสั้นๆ เพียงหนึ่งหรือสองประโยคเท่านั้น
6 มีอาการรุนแรง	การตอบสนองของผู้ป่วยจะจำกัดอยู่เพียงสองสามคำหรือวลีสั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ด้วยความตั้งใจที่จะตัดบทหรือเลี่ยงการสนทนา เช่น “ไม่รู้สิ” “พูดไม่ได้” ทำให้มีปัญหาในการสนทนาอย่างมาก และการสัมภาษณ์เกือบจะไม่ได้เนื้อหาอะไรเลย
7 มีอาการรุนแรงมาก	แทบจะไม่มีกรพูดเลยนอกจากเปล่งเสียงต่างๆ ออกมาเป็นครั้งคราวทำให้ไม่สามารถทำการพูดคุยได้เลย
7 มีอาการรุนแรงมาก	แทบจะไม่มีกรพูดเลยนอกจากเปล่งเสียงต่างๆ ออกมาเป็นครั้งคราวทำให้ไม่สามารถทำการพูดคุยได้เลย

7. **ยึดมั่นในความคิดตนเอง (stereotyped thinking)** หมายถึง ความคิดขาดความลื่นไหล ความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติ และความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน : กระบวนการของการรู้และการพูด (Cognitive-verbal process) สัมพันธ์ระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2 มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3 มีอาการเล็กน้อย	มีทัศนคติและความเชื่อค่อนข้างตายตัว ผู้ป่วยอาจจะไม่ยอมพิจารณาทางเลือกอื่นๆ หรือเปลี่ยนจากความคิดหนึ่งไปยังอีกความคิดหนึ่งได้ยาก
4 มีอาการปานกลาง	การพูดคุยจะวนเวียนอยู่ในเรื่องเดียวซ้ำซาก ทำให้เปลี่ยนเรื่องไปสู่ประเด็นอื่นได้ยาก
5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ความคิดมีลักษณะตายซ้ำซาก ทำให้การสนทนาวนอยู่ในเรื่องหลักๆ เพียงสองสามเรื่อง แม้ผู้สัมภาษณ์จะพยายามเพียงใดก็ตาม
6 มีอาการรุนแรง	มีการเรียกร้องซ้ำๆ พูดข้อความ มีความคิด หรือตั้งคำถามซ้ำๆ โดยควบคุมไม่ได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสนทนาอย่างรุนแรง
7 มีอาการรุนแรงมาก	ความคิด พฤติกรรม และการสนทนาถูกรอบงำด้วยความคิดที่ตายตัว หรือวลีซ้ำๆ ซากๆ ทำให้การสื่อสารมีลักษณะตายตัว ไม่เหมาะสมและมีขีดจำกัดมาก

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

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragh (1999) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1 – 9 เป็นด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยา ถูกต้องซึ่ง แสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาได้ ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และข้อคำถามที่ 10 – 18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง ของยารักษาโรคจิต คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง คำถาม แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 และ 17 และเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 และ 18 โดยกำหนดกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับโดยนำ จำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปหามาก ที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยและความหมาย ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4.50 - 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับดีมาก
3.50 - 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับดี
2.50 - 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ
1.0 - 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินระดับความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) ตามกรอบแนวคิดของ Monahan et al (2006) ที่ได้รับการแปลโดยการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) แปลโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คนทั้งฉบับ เป็นการแปลโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรกแปลเครื่องมือต้นฉบับเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สองแปลเครื่องมือฉบับที่ถูกแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรก (Translated version) กลับเป็นภาษาต้นฉบับ (Back-translated version) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) เมื่อได้มีการแปลเครื่องมือเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมอีกครั้ง ลักษณะของข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ หากประเมินแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการหรือพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อยหนึ่งข้อ หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรุนแรง จากนั้นผู้วิจัยซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนที่ 2 เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สอบถามถึงสถานที่เกิดเหตุ เหตุเหื่อ เพศของเหื่อ ระดับการได้รับบาดเจ็บ ประเภทของอาวุธที่ใช้ ระดับพฤติกรรมรุนแรง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์จำแนกเป็นระดับของความรุนแรง 3 ระดับ คือ

- 1) ความรุนแรงระดับร้ายแรง (Serious Violence) เป็นการมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธเพื่อบีบบังคับ และขู่ทำร้าย จนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ข่มขู่ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ
- 2) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts) เป็นการบีบบังคับโดยปราศจากอาวุธ การทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือการทำร้ายร่างกาย
- 3) พฤติกรรมขู่บังคับทางกาย (Physically Assaultive Behaviors) เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากเครื่องมือส่วนอื่นนั้นเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือเฉพาะ แบบประเมินระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมมาแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยด้านพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน 1 คน
พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน 3 คน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้อง

กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของการภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

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

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามให้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยใช้สูตรที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton และคณะ (1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร,2545) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความเห็นในระดับที่ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

รายละเอียดความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของข้อคำถามผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความตรงตามเนื้อหา
1. เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับภาษาไทย	0.81
2. แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	0.91
3. แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	0.93
4. แบบสอบถามการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	0.83
5. แบบประเมินระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน	0.81

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ มาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหา ในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 6 ชุดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 30 คน หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้ แล้ววิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช MINI international Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบประเมินระดับความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดที่นำไปทดลองใช้

ตารางที่ 4 ดัชนีค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	ระยะทดสอบ	ระยะเก็บข้อมูลจริง
1.เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับภาษาไทย	0.90	0.94
2.แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	0.83	0.88
3.แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	0.94	0.94
4.แบบสอบถามการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	0.86	0.93
5.แบบประเมินระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน	0.82	0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แล้วทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสี่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมนั้นตรงกับช่วงที่กรมสุขภาพจิตได้มีการปรับย้ายผู้บริหารจึงส่งผลให้การขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เกิดความล่าช้าในการเสนอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งยังไม่มีกำหนดเวลาในการเสนอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างชัดเจน ทำให้การรวบรวมข้อมูลไม่เป็นไปตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จึงได้ทำการปรับแก้ไขการคำนวณกลุ่มประชากรตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงสามโรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

3. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนทั้งสามโรงพยาบาล โดยได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้งสามโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะยอมเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มายื่นบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรที่ตรวจ คือ หมายเลขคู่ และหมายเลขคี่ มาทำฉลากแล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบเพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจับฉลากได้เป็น

บัตรตรวจหมายเลขคู่ ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวัน ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภท ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้เฉพาะหมายเลขบัตรที่เป็นเลขคู่ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนทั้งสิ้น 105 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล

4.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล แจ็งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่ามิสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการนอกจากนี้ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย แล้วไม่พึงพอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกได้ ข้อมูลทั้งหมด จะถูกบันทึกเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในห้องซักประวัติที่โรงพยาบาลทั้งสามแห่งจัดไว้ให้ เพื่อความเป็นส่วนตัวในการให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30 นาที ทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 66 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสามโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล ได้แก่ สถาบันกัลยาธราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งในการดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. อายุ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาค่าคะแนนอาการทางจิต อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรง หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากปัจจัยในเรื่องเพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบประเมินระดับความรุนแรงในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 66 ข้อ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาลักษณะและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 5 -10

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ประวัติการก่อความรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 11 - 19

ในการเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ
C	หมายถึง	ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณักร
r_{pb}	หมายถึง	ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยถูกกระทำ คะแนนรวมของพฤติกรรมรุนแรง จำนวนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ปะระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตาราง 5 – 10

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ จำแนกเป็นรายข้อ (n=105)

พฤติกรรมรุนแรง	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณเคยขู่บังคับให้ผู้อื่นร่วมเพศกับคุณ	104	99	1	1
คุณเคยใช้มีดหรือยิงปืนใส่ผู้อื่นหรือไม่	103	98.1	2	1.9
คุณขู่บังคับผู้อื่นด้วยมีด/ปืน/อาวุธที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต	94	86.6	11	10.4
คุณเคยผลักหรือกระชากผู้อื่นหรือไม่	92	68.6	13	12.3
คุณเคย เตะ กัดหรือบีบคอผู้อื่นหรือไม่	87	82.9	18	17.1
คุณเคยตบผู้อื่นหรือไม่	77	73.3	28	26.7
คุณเคยขว้างปาสิ่งของบางอย่างใส่ผู้อื่นหรือไม่	74	70.5	31	29.5
คุณเคยตีหรือทำร้ายผู้อื่นด้วยกำปั้นหรือวัตถุหรือไม่	68	64.8	37	35.2
คุณเคยกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรง	16	15.2	89	84.8

จากตารางที่ 5 พบว่าลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ คือ การกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรงจำนวน 89 คน ร้อยละ 84.8 รองลงมาคือ เคยตีหรือทำร้ายผู้อื่นด้วยกำปั้นหรือวัตถุ จำนวน 37 คน ร้อยละ 35.2

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยถูกกระทำ (n=105)

พฤติกรรมรุนแรง	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีคนเคยขว้างปาสิ่งของใส่คุณหรือไม่	105	100		
คุณเคยถูกใช้กำลังบังคับให้ให้ร่วมเพศโดยคุณไม่ยินยอม	105	100		
คุณเคยถูกผู้อื่นใช้มีดหรือยิงปืนใส่หรือไม่	105	100		
มีคนเคยเตะ กัด หรือบีบคอท่านหรือไม่	105	100		
คุณถูกขู่บังคับด้วยมีด/ปืน/อาวุธที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต	105	100		
มีคนเคยตบคุณหรือไม่	104	99	1	1
มีคนใคร่ผลักหรือกระชากคุณหรือไม่	104	99	1	1
มีคนเคยตีหรือทำร้ายคุณด้วยกำปั้นหรือวัตถุ	104	99	1	1

จากตารางที่ 6 พบว่าลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทถูกกระทำ คือ ถูกผู้อื่นตบ ถูกผลักหรือกระชาก และถูกตีด้วยกำปั้นหรือวัตถุ คิดเป็นร้อยละ 1

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนรวมของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n=105)

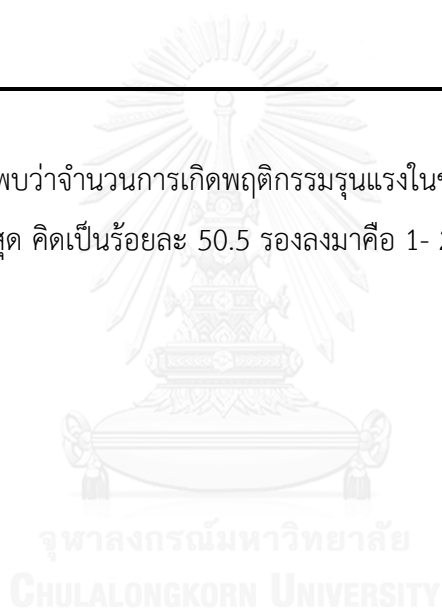
คะแนนรวมพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ	
0	12	11.4	
1	25	23.8	
2	11	10.5	
3	18	17.1	
4	13	12.4	
5	11	10.5	
6	11	10.5	
7	2	1.9	
9	2	1.9	
รวม	105	100	$\bar{x} = 2.91$ S.D.= 2.14

จากตารางที่ 7 พบว่าพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมรวม 1 คะแนน และพบว่าไม่มีพฤติกรรมรุนแรง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามจำนวนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ช่วง 20 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n=105)

จำนวนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (ครั้ง)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง	12	11.4
จำนวน 1- 2 ครั้ง	31	29.5
จำนวน 3- 5 ครั้ง	53	50.5
จำนวน 6- 10 ครั้ง	8	7.
จำนวน 11- 20 ครั้ง	1	1.0
รวม	105	100

จากตารางที่ 8 พบว่าจำนวนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 3 – 5 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ 1- 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.5 ตามลำดับ



ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามเหตุการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ($n=105$)

เหตุการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่เกิดเหตุ		
ในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง	79	75.2
กลางที่โล่งแจ้ง	11	10.5
บ้านผู้อื่น	1	1
สถานพยาบาล	1	1
อื่น ๆ	1	1
ผู้ถูกกระทำ		
คนในครอบครัวอื่นๆ	31	29.5
ผู้ปกครอง	20	19.0
คู่สมรส	11	10.5
คนที่รู้จัก	9	8.6
สิ่งของ	8	7.6
เด็กโดนตี	6	5.7
ตนเอง	4	3.8
คนแปลกหน้า	4	3.8
เพศของผู้ถูกกระทำ		
หญิง	57	54.3
ชาย	25	23.8
อื่นๆ	11	10.5

ตารางที่ 9 (ต่อ)

เหตุการณ์ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการได้รับบาดเจ็บของเหยื่อ		
ฟกช้ำ มีรอยขีดข่วน	44	41.9
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	42	40.0
หมดสติ ได้รับบาดเจ็บ กระดูกหัก ฟันหัก	17	16.2
ถูกแทง โดนยิง	1	1
ตาย	1	1
ประเภทของอาวุธ		
มีด	80	76.2
มีด	8	7.6
ปืน	5	4.8
กรณีที่มีการข่มขู่ด้วยอาวุธ		
ไม่ได้ใช้อาวุธ	78	74.3
ในมือ	19	18.1
ในห้อง	5	4.8
สถานที่อื่น	2	1.9
ในตึก	1	1.9

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน พบว่าส่วนใหญ่จะก่อพฤติกรรมรุนแรงในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 79 คน ร้อยละ 75.2 รองลงมาคือ สถานที่โล่งแจ้ง จำนวน 11 คน ร้อยละ 10.5 โดยผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่คือคนในครอบครัวอื่นๆ จำนวน 31 คน ร้อยละ 29.5 รองลงมาคือผู้ปกครอง จำนวน 20 คน ร้อยละ 19 ส่วนใหญ่เพศของผู้ถูกกระทำคือเพศหญิง จำนวน 57 คน ร้อยละ 54.3 โดยมีระดับความบาดเจ็บคือฟกช้ำมีรอยขีดข่วนจำนวน 44 คน ร้อยละ 41.9 รองลงมาคือไม่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 42 คน เท่ากัน ร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่จะใช้มีดแทนอาวุธ จำนวน 80 คน ร้อยละ 76.2 รองลงมาคือมีด จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.6 และในกรณีที่มีการข่มขู่ด้วยอาวุธพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้อาวุธที่อยู่ในมือ จำนวน 19 คน ร้อยละ 18.1 รองลงมาคือใช้อาวุธในห้อง จำนวน 5 คน ร้อยละ 4.8

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท(n=105)

ระดับพฤติกรรมรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts)	45	42.9
พฤติกรรมชู้บังคับทางกาย(Physically Assaultive Behaviors)	30	28.6
พฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง (Serious Violence)	18	17.1
ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง	12	11.4
รวม	105	100

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับของพฤติกรรมรุนแรงตามแนวคิดของ Monahan et. al (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts) จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือพฤติกรรมชู้บังคับทางกาย(Physically Assaultive Behaviors) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และพฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 ส่วนที่เหลือคือ ไม่พบพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ดังนั้นระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของการศึกษาครั้งนี้ คือ ระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts)

**ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพผิดปกติแบบ
ต่อต้านสังคม ประวัติการก่อความรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทาง
ลบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท**

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม
ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ
อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงของ
ผู้ป่วยในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยนำเสนอค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับของการมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน
ตาราง 11- 19 ดังนี้

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามเพศ ประวัติการหยุด
รับประทานยา และเหตุผลของการหยุดรับประทานยา (n=105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	72.4
หญิง	29	27.6
ประวัติการหยุดรับประทานยา		
เคยนาน 1วัน – 3 เดือน	8	7.6
เคยนาน 3 เดือน – 6 เดือน	91	37.1
เคยนาน 6 เดือน – 1 ปี	41	39.0
เคยนานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป	17	16.2
เหตุผลของการหยุดรับประทานยา		
ปฏิเสธความเจ็บป่วย	57	54.3
คิดว่าหายแล้ว	33	31.4
มีอาการข้างเคียงจากยา	12	11.4
ไม่มีผู้ดูแล	3	2.9

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน เป็นเพศชาย 76 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4 เป็นเพศหญิง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ผู้ป่วยมีประวัติการหยุดรับประทานยาเอง ส่วนใหญ่หยุดยานาน 3 – 6 เดือน ทั้งหมด 65 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือเคยหยุดยานาน 6 เดือน- 1 ปี ทั้งหมด 44 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 และส่วนใหญ่ที่หยุดยารับประทานเอง เพราะปฏิเสธความเจ็บป่วยจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาคือคิดว่าหายแล้ว จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น ประวัติการใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (n=105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง		
เคย	105	95.2
ไม่เคย	5	4.8
ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรง		
ทำลายข้าวของ	34	32.4
ข่มขู่ อาละวาด โวยวาย	31	29.5
ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ	24	22.9
ทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย	8	7.6
มีคดี ฆ่า ข่มขืน พยายามฆ่า วางเพลิง	3	2.9
ประวัติการใช้สารเสพติด		
เคยใช้	87	82.9
ไม่เคยใช้	18	17.1
การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน		
ไม่ใช้	65	61.9
ใช้	40	38.1

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประเภทของสารเสพติดที่ใช้		
ไม่ได้ใช้สารเสพติด	65	61.9
แอมเฟตามีน	19	18.1
กัญชา	13	12.4
ใบกระท่อม	7	6.7
ยาลดน้ำหนัก	1	1
บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม		
ใช่	54	51.4
ไม่ใช่	51	48.6

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 โดยลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นคือ ทำลายข้าวของ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมาคือพฤติกรรมข่มขู่ อาละวาด โวยวาย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 29.52 ตามลำดับ มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 ปัจจุบันยังใช้สารเสพติดอยู่ 40 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 โดยสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่คือ แอมเฟตามีน จำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 18.1 และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีลักษณะบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4

ตารางที่ 13 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอายุ รายได้ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท (n=105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Min	Max	\bar{x}	S.D.
อายุ	20	59	40.07	9.50
รายได้	500	25000	9149.52	6974.07
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก	12	51	29.77	9.31
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท(ปี)	1	36	9.92	6.92

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน มีอายุในช่วง 20 – 59 ปี มีอายุโดยเฉลี่ย 40.07 ปี (S.D. = 9.50) โดยมีรายได้เฉลี่ยที่ 9,149.52 บาท/เดือน(S.D. = 6,974.07) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชครั้งแรกเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี (S.D.= 29.77) โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเฉลี่ย 9.92 ปี (S.D.= 6.92)

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอาการทางบวก และอาการทางลบ (n=105)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	min	max	\bar{X}	S.D.	ระดับ
อาการทางบวก	87	82.9	7	36	16.61	6.60	เล็กน้อย
อาการทางลบ	18	17.1	7	37	13.65	6.55	เล็กน้อย
รวม	105	100					

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน มีคะแนนอาการทางบวกเฉลี่ย 16.61 คะแนน (S.D.=6.60) และมีคะแนนอาการทางลบเฉลี่ย 13.65 คะแนน (S.D.=6.55) เมื่อพิจารณาตามคะแนน composite scale ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการเด่นเป็นอาการทางบวกหรืออาการทางลบมากกว่ากัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง มีอาการทางบวกเป็นลักษณะเด่น จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 และมีอาการทางลบเป็นลักษณะเด่น จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1

ตารางที่ 15 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามอาการทางบวก และอาการทางลบเป็นรายข้อ (n=105)

ข้อคำถาม	Min	Max	\bar{x}	S.D.
อาการทางบวก				
ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย/พูดพาดพิงถึงตน	1	6	3.09	1.36
อาการประสาทหลอน	1	6	2.62	1.38
ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง	1	6	2.49	1.27
อาการหลงผิด	1	7	2.28	1.14
ความคิดสับสน พูดหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน	1	7	2.06	1.12
ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง	1	7	1.95	1.00
พฤติกรรมไม่เป็นมิตร	1	6	1.81	0.72
อาการทางลบ				
มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม	1	7	2.11	1.29
การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ	1	7	2.02	1.15
การไม่แสดงอารมณ์	1	7	1.90	1.08
ยึดมั่นในความคิดตนเอง	1	5	1.85	0.95
อาการแยกตัวจากสังคม	1	7	1.84	0.95
การสนทนาไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง	1	6	1.83	0.95
มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง	1	7	1.09	0.95

จากตารางที่ 15 พบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน ($\bar{x}=3.09$) รองลงมาคือ อาการประสาทหลอน ($\bar{x}=2.62$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมไม่เป็นมิตร ($\bar{x}=1.81$) ส่วนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม ($\bar{x}=2.11$) รองลงมาคือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ ($\bar{x}=2.02$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง ($\bar{x}=1.09$)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน (n=105)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			
1. การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา	4.49	0.28	ดี
2. ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	4.56	0.28	ดี
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม	4.53	0.24	ดี

จากตารางที่ 16 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และรายด้าน คือด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตอยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.49, 4.56, และ 4.53 ; S.D.= 0.28, 0.28, และ 0.24)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นรายข้อ (n=105)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{X}	S.D.
ลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.16	1.05
ปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาจากการใช้ยารักษาโรคจิต	4.13	1.20
เมื่อยาหมด ท่านซื้อยารักษาโรคจิตกินเองโดยไม่ได้มาพบแพทย์	3.98	1.16
ท่านรับประทานยาโรคจิตครบตามที่แพทย์สั่ง	3.78	1.27
แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยารักษาโรคจิตสม่ำเสมอ	3.60	0.97
ท่านรับประทานยารักษาโรคจิตโดยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3.58	0.96
ท่านรับประทานยานอนหลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	3.49	1.12
ท่านหยุดยารักษาโรคจิตเองเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น	3.46	1.01
ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.39	1.10
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยาทันที	3.34	0.94
เมื่อมีอาการผิดปกติรุนแรง ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	3.37	1.09
ท่านรับประทานยารักษาโรคจิตตามเวลา	3.28	1.06
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้	3.21	1.03
ท่านลืมรับประทานยารักษาโรคจิต	3.18	1.14
ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคจิต โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	2.94	1.45
ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยารักษาโรคจิต	2.93	1.37
ท่านรับประทานยาโรคจิตเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	2.78	1.53
ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	2.72	1.47

จากตารางที่ 17 พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับประทานยารักษาโรคจิตโดยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ($\bar{X} = 4.16$) รองลงมา คือ ปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยารักษาโรคจิต ($\bar{X} = 4.13$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น ($\bar{X} = 2.72$)

ตารางที่ 18 ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณ์จร(C) ระหว่างเพศ บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง กับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท (n=105)

ตัวแปร	พฤติกรรมรุนแรง		ระดับพฤติกรรมรุนแรง	
	C	p-value	C	p-value
เพศ	.234	.636	.225	.132
บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	.368	.037	.328	.005
ประวัติการใช้สารเสพติด	.622	.000	.622	.000
ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง	.707	.000	.707	.000

จากตารางที่ 18 พบว่า บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($c = .037, .000, .000$ ตามลำดับ)

และพบว่าบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($c = .005, .000, .000$ ตามลำดับ)

แต่เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 19 ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล(r_{ph}) ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n=105)

ตัวแปร	พฤติกรรมรุนแรง		ระดับพฤติกรรมรุนแรง	
	(r_{ph})	p-value	(r_{ph})	p-value
อายุ	-.330	.001	-.309	.002
อาการทางบวก	.215	.031	.216	.031
อาการทางลบ	-.018	.860	.030	.769
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.200	.046	.065	.518

จากตารางที่ 19 พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

อาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาลักษณะและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพศชายมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหญิง
2. อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 18 – 40 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ
3. บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ
4. ประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด
5. ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง
6. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยอาการทางบวกมีลักษณะเด่น คือ หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการดังกล่าวตามมา ส่งผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
7. อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดยอาการทางลบมีลักษณะเด่น คือ แยกตัว เฉยเมย พุดน้อย มีภาวะสิ้นหวัง ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการดังกล่าวตามมา ส่งผลกระทบต่อตนเองจนอาจถึงขั้นเสียชีวิต

8. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกไปแล้ว 20 สัปดาห์ ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 20 สัปดาห์ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูลได้รับการขออนุญาตจากได้รับการขออนุญาตจากญาติ/ผู้ดูแล/แพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของญาติ/ผู้ดูแล/แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถให้ความยินยอมในการมีส่วนร่วมในการวิจัยได้ ไม่มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 105 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปตามตารางสำเร็จขอ (Yamane,1973) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละภาค โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามรายงานประจำปี 2558 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชครั้งแรก ระยะเวลาของการป่วยโรคจิตเวช ประวัติการรักษาโรคจิตเวช ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และประวัติการใช้สารเสพติดหรือสุรา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช MINI international Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินเฉพาะชุดวินิจฉัย K. NON-ALOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDER และชุดวินิจฉัย P. ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional)

ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

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

ส่วนที่ 6 แบบประเมินระดับความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเฉพาะ แบบประเมินระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน เนื่องจากเครื่องมือส่วนอื่นนั้นเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามาแล้ว โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม มาแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง แล้วนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วน of แบบประเมินระดับความรุนแรงในชุมชน แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกและทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .094, 0.88 , 0.94 ,0.93 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการศึกษาแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติ พฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. อายุ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาค่าคะแนนอาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และระดับความรุนแรงในชุมชน หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (Contingency Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน เป็นเพศชาย 76 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4 เป็นเพศหญิง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.07 ปี (S.D. = 9.50) โดยส่วนใหญ่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 มีประวัติการใช้สารเสพติดจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 และปัจจุบันยังคงใช้สารเสพติดอยู่จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 โดยสารเสพติดส่วนใหญ่ที่ใช้คือ แอมเฟตามีน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม จำนวน 54 คนคิดเป็นร้อยละ 51.4 กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนอาการทางบวกและคะแนนอาการทางลบโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย (\bar{X} = 16.61 , S.D. = 6.60 และ \bar{X} = 13.65 , S.D. = 6.55 ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (\bar{X} = 4.53 , S.D. = 0.24)

2. ลักษณะและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 2.91 (S.D. = 2.14) โดยมีพฤติกรรมรุนแรง ในช่วงตั้งแต่ 20 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นจำนวน 3 – 5 ครั้ง รวม 53 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 เมื่อพิจารณาจำแนกลักษณะการเกิดพฤติกรรมรุนแรง พบว่าลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทคือ การทำลายข้าวของ คิดเป็นร้อยละ 32.4 และระดับพฤติกรรมรุนแรงตาม Monahan et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (มีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป) รวมจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 88.57 ส่วนที่เหลือ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.42 เมื่อพิจารณาตามระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts) มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือพฤติกรรมรุนแรงระดับพฤติกรรมชู้บังคับทางกาย (Physically Assaultive Behaviors) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และพฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 ส่วนไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงพบน้อยที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า

1) อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ($\bar{X} = 3.50$) สูงกว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ($\bar{X} = 2.30$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

4) ประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ($\bar{X} = 3.32$) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ($\bar{X} = 0.94$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

5) ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\bar{X} = 1.98$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ($\bar{X} = 0.00$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

6) อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

7) อาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

8) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าในชุมชนผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะของพฤติกรรม คือการทำลายข้าวของร้อยละ 32.4 (จำนวน 34 คน จาก 105 คน) จำแนกตามระดับของพฤติกรรมรุนแรง พบว่าในชุมชนผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts) จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือพฤติกรรมชู้บังคับทางกาย (Physically Assaultive Behaviors) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และไม่พบพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ส่วนที่เหลือคือพฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับขนาดของปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts) จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือพฤติกรรมชู้บังคับทางกาย (Physically Assaultive Behaviors) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และพฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ส่วนที่เหลือคือไม่พบพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monahan et. al (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชนมีระดับของพฤติกรรมรุนแรง ในระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Acts) มากที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรมชู้บังคับทางกาย (Physically Assaultive Behaviors)

การวิจัยครั้งนี้จะพบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงภายในบ้านของตัวผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 75.2 โดยเหยื่อหรือผู้ถูกรกระทำส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัวร้อยละ 29.5 ระดับการบาดเจ็บโดยมากจะมีรอยขีดข่วน หรือรอยฟกช้ำ ร้อยละ 41.9

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 6 ตัวแปร คือ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายผลการศึกษารายตามลำดับดังนี้

อายุ จากผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -2.32, p < 0.01$) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอยู่ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า ทำให้มีการแสดงความรู้สึกอารมณ์และพฤติกรรมตามที่ตนต้องการ และขาดทักษะในการเผชิญปัญหา การแก้ไขความขัดแย้ง อีกทั้งมักจะมีการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีการแสดงออกโดยใช้ความรุนแรงเพื่อแก้ไขปัญหาให้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monohan at al.(2006) Sune et.al., 2011; Witt et al.,2013; เวนิช บุราชรินทร์ 2554) ที่พบผลการศึกษาสอดคล้องกันว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 18 – 40 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม จากผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($C = .344$; $p < 0.01$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ($\bar{x} = 3.14$) สูงกว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ($\bar{x} = 1.97$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่าบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม จะมีลักษณะบุคลิกภาพของคนที่ไม่เคารพและล่วงเกินสิทธิของผู้อื่น ที่มักจะมีพฤติกรรมเริ่มต้นมาแต่เด็กและวัยรุ่น และต่อเนื่องมาจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นให้

เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ ก็มักจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาเพื่อให้ตนรู้สึกปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013 ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ

ประวัติการใช้สารเสพติด จากผลการศึกษาพบว่าประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติด ($\bar{X} = 2.96$) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ($\bar{X} = 0.96$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด ทั้งนี้ก็อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดภายในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่น ๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ มักเป็นผลมาจากการขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะช่วงต้นๆของการเมาสารเสพติด ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่เสียไป และสารเสพติดบางชนิดกระตุ้นประสาทในช่วงต้นของการเมาจะมีอารมณ์ครั่นคร้าง อารมณ์ดีตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์ฉุนเฉียวได้ง่าย กระวนกระวายไม่มีสมาธิ จนกระทั่งกลายเป็นอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง จนสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Monahan et al.,2006; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013 ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดหรือสุรา มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด

ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากผลการศึกษาประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($C = .655$; $p < 0.01$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ($\bar{X} = 2.98$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของในชุมชนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ($\bar{X} = 0.05$) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่าประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ก้าวร้าว รุนแรง มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ทรัพย์สินและบุคคลอื่น บางรายก็ก่อเหตุสะเทือนขวัญ

ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monahan et al.,2006 ; Sune et al.,2011; Witt et al.,2013 โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรมจะมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่าย และมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรม

อาการทางบวก จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .181, p < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่าอาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอธิบายได้ว่าอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในด้าน ความคิดผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วย ด้วยแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่ แปลมาเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ คือ Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออก ทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด ซึ่งพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกอาจจะมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mulvey&Lidz ,1984; Sune et al.,2011; Monahan et al.,2006 ที่พบว่าลักษณะเด่นของอาการทางบวกอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r_{ph} = .200, p < 0.05$) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิต เภท โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่า การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การรับประทานยาไม่ ตรงตามเวลา การปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ การรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรักษา และเข้าใจว่า หายจากโรคแล้วจึงหยุดรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และ

พฤติกรรมของตนเองได้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monahan et al.,2006; Witt et al.,2013 ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ เพศ และอาการทางลบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษารายตามลำดับ ดังนี้

เพศ จากผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวไว้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง โดยในชุมชนผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง อภิปรายได้ว่า ปัจจัยเรื่องเพศอาจไม่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาดูการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic Review) ในต่างประเทศ Witt et al.,(2013) ซึ่งพบผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ โดยพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่หากพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยร่วมเรื่องบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด ซึ่งจะพบว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Coid , 2013 ; Sune et.al.,2011; Witt et al.,2013)

อาการทางลบ จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวไว้ว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายได้ว่า อาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ อาการทางลบ ชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ อีกทั้งอาการทางลบมักจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่คอยตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก แต่พบว่า มีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบไม่คอยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนอาการทางบวก สอดคล้องกับ

การศึกษาในหลายเรื่องที่อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Mulvey&Lidz ,1984; Sune et al.,2011; Monahan et al., 2006; เวนิช บุราชรินทร์ 2554)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทคือการทำลายข้าวของและระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับของพฤติกรรมรุนแรง พบว่าในชุมชนผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร่องลงมาคือพฤติกรรมชู้บังคับทางกาย จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคคลใกล้ชิด และกระทำภายในบ้านของตนเอง ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท นอกเหนือจากการดูแลช่วยเหลือการดูแลพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัว และการเตรียมความพร้อมของครอบครัว และชุมชนก่อนจำหน่าย เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งการจัดกิจกรรมการพยาบาลควรนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

2. จากผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรองและค้นหา กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเฉพาะในวันผู้ใหญ่อ่อนต้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละช่วงวัยมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน โดยใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐาน เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

3. จากผลการวิจัยพบว่า บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เนื่องจากผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มักจะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่มีลักษณะลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โดยใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐาน เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

4. จากผลการวิจัยพบว่า ประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประวัติการใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง รวมถึงการรณรงค์ป้องกันและส่งเสริมการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดทั้งในกลุ่มของผู้ที่เคยมีประวัติการใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ใช้สารเสพติด ซึ่งกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บจนกระทั่งส่งผลต่อชีวิต เป็นต้น โดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดให้เหมาะสม พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยต่อขณะในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจนส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบจนส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน และเพื่อลดความเสี่ยงลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

5. จากผลการวิจัยพบว่า ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรอง และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้สูง เช่น การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นโดยหวังให้ถึงแก่ชีวิต การทารุณสัตว์ การกระทำทารุณทางเพศ หรือมีพฤติกรรมรุนแรงในช่วงวัยเด็ก เป็นต้น โดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ก่อนที่จะจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลควรมีการเตรียมครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยนิติจิตเวชควรมีการดูแลส่งข้อมูลต่อแก่เจ้าหน้าที่ในชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดกับผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยถูกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงจากบุคคลในชุมชน ลดความเสี่ยงลดความเสียหายที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

6. จากผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสังเกตและประเมินอาการและสามารถจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมและป้องกันอาการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะส่งผลดีต่อการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความสำคัญของการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และควรมีการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการขาดยา และมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นต้น

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรเห็นความสำคัญและมีการกำหนดนโยบายในด้านการดูแลให้บริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่น นำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการ ปรับปรุงรูปแบบการติดตามและการดูแลต่อเนื่องให้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างรูปแบบกิจกรรมการดูแลพยาบาล เพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. สนับสนุนการพัฒนาารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลง และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองและการเผชิญกับปัญหาให้มากขึ้น ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบของผู้ป่วยในและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สำหรับพยาบาล ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ด้านการวิจัย

1. เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรมีการทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ เนื่องจากการศึกษานี้ยังไม่ได้ศึกษาในส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรมีการศึกษาเพิ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมต่อไป

2. เนื่องจากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ายังมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวและชุมชน ดังนั้นจึงควรมีศึกษารอบแนวคิดอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวและในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ควรเฝ้าระวังในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำตัวแปรที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมในการดูแลเฝ้าระวังในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวและชุมชน และควรศึกษารูปแบบการดูแลให้การพยาบาลของผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยจัดกระทำกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ กับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ชรินทร์ ลีมนสธิกุล.(2552).ปกิณกะ จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย17:208-210.
- ชุตินาถ ศักรินทร์กุลและอลิสสา วัชรสินธุ.(2557).ความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.;วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,59(3),221-230
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอนงค์ และพิเชษฐ อุดมรัตน์. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T). กรุงเทพมหานคร: แจนเซ็น-ซีแลก,2550.
- มณฑาทิพย์ ชัยเปรม.(2554).พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์.วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย,4(1-3):24-34
- มณฑาทิพย์ ชัยเปรม.(2556).รายงาน:พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,21(1):57-65
- รัชนี อุทัยพันธ์และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ.(2555).ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เวนิช ราชบุรินทร์และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ.(2554).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,25(3),24-57
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์.(2555).ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะการแสดงออกที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 6:2(10-17)
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์และมธุริน คำวงศ์ปิ่น.(2548).ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย.;วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ,13(3),125-135

- ภัทรารณณ์ พุงปันคำ.(2556). คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน.มูลนิธิ
แก้ว-อรุณเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริม สร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อ พฤติกรรมการใช้
ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำหรับ จิตตินันท์. ความรุนแรงในครอบครัว รายงานสัมมนาเรื่อง การยุติความรุนแรงต่อเด็กและ
สตรี. 27-28 กรกฎาคม 2541 หน้า 138-141 กรุงเทพฯ : สำนักงานและคณะกรรมการการ
ส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ,2541.
- อุทยา นาคเจริญและจินตนา ยูนิพันธ์.(2553).การพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด
พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาการพยาบาล-
ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรรวรรณ ศิลปะกิจและสุคนธ์ ชมชื่น.(2553).การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงด้วย BPRS: PHUA กับ
G-HARD.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,18(2),96-104

ภาษาอังกฤษ

- Bo,S., Abu-Akel,A., Kongerslev,M., Haahr,U.H., and Simonsen,E. Risk factors for
violence among patients with schizophrenia. Clinical Psychology
Review31(2011)711-726
- Boyd, M.A.Psychiatric Nursing Contemporary practice.3rded.Southern Illinois University
Edwardsville,IL,2005
- Bruce,M., Cobb,D., Clisby,H., Ndegwa,D., and Hodgins,S. Violence and crime among
male inpatients with severe mental illness : attempting to explain ethnic
differences.SocPsychiatrEpidemio49(2014):549-558
- Coid, J.W.,and others. The relationship between delusions and violence findings
from the East London first psychosis study.Jamapsychiatry70(May 2013):465-
471.
- Doyle,M., Carter,S., Shaw,J.,and Dolan M. : Predicting community violence from

- patients discharged from acute mental health in England. *SocPsychiatr Epidemiol* 47(2012):627-637
- Elbogen, B.E., Vandorn, R.A., Swanson, W.J., Swartz, M.S., and Monahan, J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *The british journal of psychiatry* 189(Sep 2006):354-360
- Elkington, K.S., Teplin, L.A., Abram, K.M., Jakubowski, J.A., Dulcan, M.K., and Welty, L.J. Psychiatric disorders and violence : A Study of delinquent youth after detention. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry* 54(Apr 2015)
- Fazel S, Grann M. The Population Impact of severe Mental Illness on Violent crime *Am J Psychiatry* 2006;163:1397-403.
- Gardner, W., Lidz, C.W., Mulvey, E.P., and Shaw, E.C. A comparison of actuarial methods for identifying repetitively violent patients with mental illnesses. *Low and Human Behavior* 20(1996)35-48
- Gray, N.S., and Snowden, R.J., Psychopathy in women : Prediction of criminality and violence in UK and USA psychiatric patients resident in the community. *Psychiatry Research* 237 (2016):339-343
- Gulati, G., and others. Web-based violence risk monitoring tool in psychoses : pilot study in community forensic patients. *Journal of forensic psychology practice* 16(2016):49-59
- Johnson, K.L., Desmarais, S.L., VanDorn, R.A., and Grimm, K.J. A typology of community violence perpetration among adults with mental illnesses. *Journal of interpersonal violence* 30(2015):522-540
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., Zwi, A.B. The world report on violence and health. *The lancet* 360(2002):1083-1088
- Latalova, K. Systematic review violence and duration of untreated psychosis in first – episode patients. *The international journal of clinical practice* 68(Mar2014):330-

335

- Lozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015;10:e0128536.
- Monahan, J., and others. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorder. *Psychiatric Services* 56(July 2005):810-815.
- Mulvey,E.P. and Lidz,C.W. Clinical considerations in the prediction of dangerousness in mental patients. *Clinical Psychology Review* 4(1984)379-401
- Porapakham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: implications for health policy. *Popul Health Metr* 2010;8:14
- Rao C, Porapakham Y, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Swampunyaalert N, Lopez AD. Verifying causes of death in Thailand : rationale and methods for empirical investigation. *Popul Health Metr* 2010;8:11
- Rice,M.E.,and Harris,G.T. Violent recidivism : Assessing predictive validity. *Journal of consulting and clinical psychology*63(1995):737-748
- Robert M, Dale L, Basic Statistics for the Behavioral Sciences. Merrill Prentice Hall, 2001.
- Swanson,J.W., Holzer,E.C.,Ganju,K.V.,and Jono,R.T. Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and community psychiatry* 41(Aug 1990) :761-770
- Swantz,M.S., Swanson,J.W.,Hiday,V.A., Borum,R.,Wagner,R.H., and Burns,B.J. Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*155(Feb 1998)
- Swanson,J.W., VanDorn,R.A., Monohan,J., Swartz,M.S. Violence and Leveraged community treatment for persons with mental disorders. *Am J psychiatry* 163(Aug 2006) :1404-1411

Taro Yamane. Statistics : an introductory analysis. Harper & Row;1973

World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization;2002

Witt, K., Dorn, R.v., Fazel, S. Risk factors for violence in psychosis : Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. PLOS ONE.8(Feb 2013):1-14

Ullrich, S., Keers, R., and Coid, J.W. Delusions, Anger, and Serious Violence: New Findings From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. Schizophrenia Bulletin Advance Access published 18(Sep 2013)





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

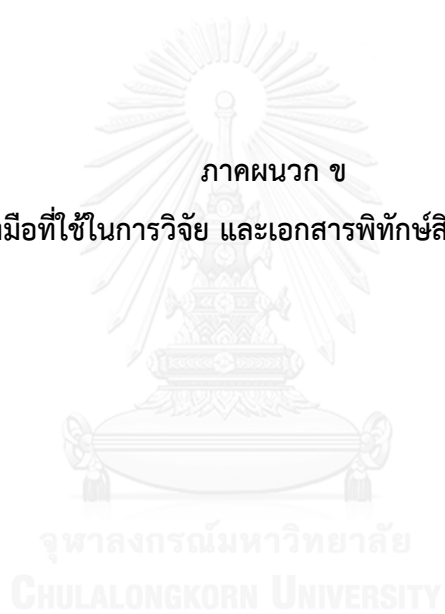


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
ดร.สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แพทย์หญิงกมลชนก มนตะเสวี	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
ดร.อุทยา นาคเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
นางศันสนีย์ พูลผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเอกสารพิกซ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามคำถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้ประเมินทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทตามข้อคำถามที่กำหนดไว้ โดย ✓ ลงในช่อง

ที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

3. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย

หย่า/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

อนุปริญญา/ปวส

ปริญญาตรี

ปริญญาโท

อื่น ๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

- ว่างงาน
- ศึกษานักเรียน/นักศึกษานักเรียน
- รับราชการ
- รับจ้างทั่วไป
- รัฐวิสาหกิจ
- ค้าขาย
- พนักงานบริษัท/เอกชน
- เกษตรกรรม
- อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้.....บาท/เดือน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช MINI international Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านทุกคำถาม ในทุกคำถามจะต้องได้คำตอบว่า “ใช่”หรือ“ไม่ใช่” โดยวงกลมล้อมรอบคำตอบที่อยู่ด้านขวาของคำถาม ผู้สัมภาษณ์ควรใช้การตัดสินใจทางคลินิก ประกอบก่อนลงคำตอบ ถ้าจำเป็นควรถามถึงตัวอย่างเพื่อให้แน่ใจว่าได้คำตอบที่ถูกต้อง ผู้สัมภาษณ์ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแต่ละคำถามอย่างแท้จริง

Modules K. NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDER

(→ หมายถึง : ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย,วงกลมล้อมรอบคำว่า “ไม่ใช่”)

คุณกรรณาร่าน (ฟัง) ดูรายละเอียดซื้อขายและสารเสพติดเหล่านี้ นะคะ/ครับ

K1 a ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา, คุณเคยใช้ (ระบุสารเสพติด) เหล่านี้มากกว่า 1 ครั้ง, →
 เพื่อให้รู้สึกสนุกสนานอย่างมาก,สบายใจขึ้น,อารมณ์ดีขึ้น คลายกังวล, ไม่ใช่ ใช่
 หรือเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น หรือไม่?

วงกลมล้อมรอบสารเสพติดชนิดที่เคยใช้

สารกระตุ้นประสาท : แอมเฟตามีน, ยาลดความอ้วน,ยาบ้า,ยาบ้า,ยาชยัน, Ritalin, “speed” ,crystal meth, “rush”,Dexedrine

โคเคน : snorting , IV , freebade , crack, “speedball”

Narcotic : เฮโรอีน . ยาขาว . มอร์ฟีน , ฟีน , ยาตำ , เมธาโดน, โคเดอีน, Dilaudid, Demerol, Percodan , Darvon

สารหลอนประสาท: LSD (“acid”), meacaline , Peyote , PCP(“Angel Dust”), psilocybin , STP , “mushrooms”, เอ็กซ์ตาซี (ยาอี/ยาเลิฟ), ยาเค , MDA หรือ MDMA

สารระเหย : กาว, ทินเนอร์ , ethyl chloride, nitrous oxide (“laughing gas”), amyl or buthyl nitrate (“poppers”), เบนซิน

กัญชา : hashish(“hash”), TCH , “pot”, “grass”, “weed”, “reefer”

ยากล่อมประสาท : Valium , Xanax , Librium , Ativan , Halcion , barbiturate , Quaalude, Seconal, (“reds”),Miltown

อื่น ๆ : โบกระท่อม, เหล้าแห้ง , sterods , ยานอนหลับหรือยาลดความอ้วนที่ไม่มีใบสั่งของแพทย์ , หรือยาอื่น ๆ

ระบุสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุด :

เลือก 1 ข้อ

- ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว/กลุ่มเดียว เท่านั้น
- เลือกสัมภาษณ์เฉพาะสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุดเท่านั้น
- สัมภาษณ์สารเสพติดที่ใช้หลายชนิด แยกสัมภาษณ์แต่ละชนิด (สำเนาข้อ K2 และ K3 เพิ่ม)

K1 b ถ้ามีการใช้สารเสพติดหลายตัวร่วมกันหรือใช้ต่อเนื่องกันหลายชนิดให้ระบุว่าชื่อชนิด/กลุ่มของสารเสพติดที่จะสัมภาษณ์ต่อไปนี้ :

K2 **เกี่ยวกับการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา**

- | | | | |
|---|--|--------|-----|
| a | เพื่อที่จะให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม คุณต้องใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ปริมาณมากขึ้น กว่าครั้งเมื่อใช้ใหม่ ๆ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| b | เมื่อคุณลดหรือหยุดการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) , คุณมีอาการขาดยา (เช่น ปวด , สั่น , ไข้ , อ่อนเพลีย , ท้องเสีย , คลื่นไส้ , เหงื่อออก มาก , ใจเต้นแรง , นอนหลับยาก หรือรู้สึกกระวนกระวาย วิดกกังวล หงุดหงิด หรือซึมเศร้า) หรือไม่ ?
คุณได้ใช้ยา (หรือสารเสพติด) อื่นๆ เพื่อให้ตัวเองหายจากอาการขาดยา หรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้นหรือไม่ ?
<u>ถ้าตอบว่า “ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง ให้ตอบว่า “ใช่”</u> | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c | เมื่อคุณได้ใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แล้วบ่อยครั้งที่คุณใช้ มากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ในตอนแรกหรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d | คุณได้พยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e | ในวันที่คุณใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) นั้น, คุณใช้เวลา มาก (> 2 ชม.) ในการหา (ระบุสารเสพติด) , ในการเสพ(ระบุสารเสพติด) , หรือ ฟิ้นจากฤทธิ์ของ (ระบุสารเสพติด) , หรือคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับ (ระบุสารเสพติด) นั้น หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| f | จากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ทำให้คุณใช้เวลา ทำงาน, พักผ่อนหย่อนใจ,หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| g | คุณไม่หยุดใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แม้จะรู้ว่าการใช้สารเสพติด(ระบุ)นั้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |

ข้อ K2 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 3 ใช่หรือไม่

ระบุชื่อสารเสพติด:.....

*ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ข้ามคำถามข้อ K 3

แล้วตอบว่า “ไม่ได้ประเมิน” ในกล่องวินิจฉัย SUBSTANCE ABUSE

หลังจากนั้น, ข้ามไปทำชุดต่อไป

เกี่ยวกับการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

- | | |
|---|---|
| <p>K3 a คุณเคยเมา, ครึ้นเครงมาก, หรือเมาค้างจากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ในขณะที่คุณต้องเรียน, ทำงาน, หรือรับผิดชอบครอบครัวหรือไม่ ?
(ให้ตอบว่า “ใช่” ถ้าเคยเกิดปัญหา)</p> <p>b คุณเคยเมาหรือครึ้นเครงมากจากการใช้(ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ในขณะที่คุณ อยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย มากกว่า 1 ครั้ง เช่น ขณะขับขี่รถยนต์พาหนะ (รถ, จักรยานยนต์, เรือ) หรือใช้เครื่องจักร ฯลฯ หรือไม่ ?</p> <p>c จากการใช้(ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ทำให้คุณมีปัญหา ด้านกฎหมาย เช่น ถูกจับหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ทะเลาะวิวาท , อาละวาดทำลายข้าวของ , ก่ออาชญากรรม) , มากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่ ?</p> <p>d คุณยังคงใช้(ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ใดๆที่การใช้สารเสพติด (ระบุ)ของคุณทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวหรือผู้อื่นหรือไม่ ?</p> | <p>ไม่ใช่ ใช่</p> <p>ไม่ใช่ ใช่</p> <p>ไม่ใช่ ใช่</p> <p>ไม่ใช่ ใช่</p> |
|---|---|

ข้อ K2 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 3 ใช่หรือไม่

ระบุชื่อสารเสพติด:.....

ไม่ใช่ ไม่ได้ประเมิน ใช่ SUBSTANCE DEPENDENCE CURRENT
--

Modules P. ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional)

(→ หมายถึง : ให้ไปที่กรอบการวินิจฉัย, วงกลมล้อมรอบคำว่า “ไม่ใช่”)

P1 ช่วงที่คุณอายุต่ำกว่า 15 ปี

- | | | | |
|---|--|--------|-----|
| a | คุณเคยขาดเรียน หรือหนีออกจากบ้านแบบข้ามคืน บ่อย ๆ หรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| b | คุณเคยโกหก , ซี้โกง , เอาเปรียบคนอื่น หรือขโมยของบ่อย ๆ หรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c | คุณเคยหาเรื่องชกต่อย รั้งแก ข่มขู่ คุกคามคนอื่นหรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d | คุณเคยทำลายข้าวของหรือวางเพลิงโดยตั้งใจ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e | คุณเคยทำร้ายสัตว์หรือคนโดยตั้งใจ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| f | คุณเคยบังคับให้คนอื่นมีเพศสัมพันธ์กับคุณ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| | <u>ข้อ P1 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 2 ข้อ ใช่หรือไม่ ?</u> | | |
| | <u>ถ้าพฤติกรรมดังต่อไปนี้ทำไปเพราะแรงจูงใจทางการเมืองหรือศาสนา ไม่ต้องตอบว่า “ใช่”</u> | → | |
| | | ไม่ใช่ | ใช่ |

P2 ตั้งแต่คุณมีอายุ 15 ปีขึ้นไป

- | | | | |
|---|---|--------|-----|
| a | คุณทำในสิ่งที่คนอื่นมองว่าขาดความรับผิดชอบอยู่บ่อย ๆ เช่น ไม่จ่ายหนี้, มุทะลุว่ามจนเกิดเรื่อง หรือไม่ทำงานเพื่อหาเลี้ยงตัวเองหรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| b | คุณทำสิ่งผิดกฎหมาย (เช่นทำลายข้าวของ, ลักเล็กขโมยน้อย, ขโมยของ, ค้ายาเสพติด, หรือกระทำความผิดทางอาญาร้ายแรง เช่น ฆาตกรรม ข่มขืนกระทำชำเรา ฉ้อโกง วางเพลิง) แม้ว่าจะไม่ถูกจับก็ตาม หรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c | คุณใช้กำลังทำร้ายร่างกายผู้อื่นบ่อย ๆ (รวมถึงการทำร้ายร่างกายคู่สมรสหรือบุตร) หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d | คุณโกหก หรือหลอกลวงคนอื่นเพื่อให้ได้เงินหรือความพอใจ, หรือ โกหกเพื่อความสนุกสนานบ่อยครั้ง หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e | คุณทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายโดยไม่ตั้งใจ หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| f | คุณไม่รู้สึกลำบากใจหลังจากทำร้าย, ทารุณ, โกหก, หรือขโมยของผู้อื่น, หรือหลังจากทำลายข้าวของเสียหาย หรือไม่ ? | ไม่ใช่ | ใช่ |

ข้อ P1 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 2 ข้อ ใช่หรือไม่ ?

ไม่ใช่

ใช่

ANTISOCIAL PERSONALITY

DISORDER LIFETIME



รายชื่อยาหรือสารเสพติด

แอมเฟตามีน	ยाम้า	ยาบ้า	ยาขยัน	โคเคน
เฮโรอีน	ยาขาว	มอร์ฟิน	ฝิ่น	ยาดำ
เมธาโดน	โคเดอีน	ยาแก้ไอ	LSD	PCP
เอกซ์ตาซี	ยาอี	ยาเลิฟ	ยาเค	กาว
ทินเนอร์	เบนซิน	กัญชา	ใบกระท่อม	เหล้าแห้ง
แวลีเยม	แซนแนค	ดีสอง	ดีห้า	ดอร์มิคุม
โรฮิบนอล	ยานอนหลับ	4 X 100	ยาลดน้ำหนัก	ทรามอล



ส่วนที่ 3 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

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

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

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความ 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

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

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

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตตามเกณฑ์การรักษา และการสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยารักษาโรคจิตนับตั้งแต่วันที่ท่านได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง ประมาณเดือนละครั้ง
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	นาน ๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
การใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา					
1.ท่านหยุดยารักษาโรคจิตเองเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น					
2.ท่านลืมนับประทานยารักษาโรคจิต					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					

ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย
ความสามารถในการสังเกตและ การจัดการกับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต 10.เมื่อท่านมีอาการผิปกติรุนแรง จากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
11.....					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
16.....					
17.....					
18.....					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินระดับความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI)

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทในแบบประเมินส่วนที่ 1 โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริงดังนี้

ใช่ = 1 คะแนน

ไม่ใช่ = 0 คะแนน

ในข้อ 1a ถึงข้อ 9b ในส่วนที่ 1. และถ้าคำตอบของคำถามข้อ b เป็น ใช่ ให้ผู้สัมภาษณ์ถามต่อไปว่า จำนวนครั้งที่เกิดขึ้นและใส่รหัสความรุนแรงของเหตุการณ์โดยยึดตามจำนวนของการเกิดสำหรับแต่ละเหตุการณ์ จากนั้นในแต่ละเหตุการณ์ลบความรุนแรงที่ต่ำกว่าออกไป เมื่อนับเสร็จจึง เริ่มสัมภาษณ์คำถามในส่วนที่ 2 ในกลุ่มข้อ b

แบบประเมินส่วนที่ 1

ตั้งแต่วันที่(นับย้อนไป 20 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์) จนถึงปัจจุบัน	ไม่ใช่	ใช่	# จำนวน ครั้งที่ เกิด
1a มีคนเคยขว้างปาสิ่งของใส่คุณหรือไม่			
1b คุณเคยขว้างปาสิ่งของบางอย่างใส่ผู้อื่นหรือไม่			
2a			
2b			
3a			
3b			
4a			
4b			
5a			
5b			

ตั้งแต่วันที่(นับย้อนไป 20 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์) จนถึง ปัจจุบัน	ไม่ใช่	ใช่	# จำนวน ครั้งที่ เกิด
6a			
6b			
7a			
7b			
8a			
8b			
9b คุณเคยกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรง หรือไม่ คืออะไร (อธิบาย)			

*หากไม่สามารถระบุจำนวนของเหตุการณ์ได้ ให้ระบุเป็นรหัสดังต่อไปนี้

91 = เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจำนวน 1-2 ครั้ง

92 = เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจำนวน 3-5 ครั้ง

93 = เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจำนวน 6-10 ครั้ง

94 = เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจำนวน 11-20 ครั้ง

95 = เกิดเหตุการณ์นั้นมากกว่า 20 ครั้ง

แบบประเมินส่วนที่ 2


คุณบอกว่าคุณ.....

วันที่*	สถานที่เกิดเหตุ	ผู้ถูกกระทำ	ระดับการได้รับบาดเจ็บของเหยื่อลำดับที่ 1 (ที่ร้ายแรงที่สุด)	ประเภทของอาวุธที่ใช้	กรณีที่มีการข่มขู่ด้วยอาวุธ	ความรุนแรง
จำนวนครั้ง	01=ในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง 02=บ้านของผู้อื่น 03=ห้างสรรพสินค้า/ จนคาร 04=ร้านอาหาร 05=ร้านเหล้า 06=สถานที่ค้าขายอื่นๆ 07=ที่ทำงาน 08=โรงเรียน 09=กลางที่โล่งแจ้ง 10=สถานพยาบาล 95=สถานบันเทิง 96=อื่นๆ	(ให้ลงรายการได้ถึง 3 ราย) (ความล้มเหลว & เพศ) 1=คู่สมรส 2=แฟน 3=เด็ก, ไม่โดนตี 4=เด็ก, โดนตี 5=ผู้ปกครอง 6=คนในครอบครัวอื่น 7=คนที่รู้จัก 8=คนแปลกหน้า M=ชาย, F=หญิง	0=ไม่ได้รับบาดเจ็บ 1=ฟกช้ำ มีรอยขีดข่วน 2=หมดสติ ได้รับบาดเจ็บ กระตุกหัก ฟันหัก 3=ถูกแทง/โดนยิง 4=ตาย 6=อื่นๆ 7=ได้รับบาดเจ็บแต่ไม่ได้ระบุ	1=ปืน 2=มีด 3=อื่นๆ	0=ไม่ใช้อาวุธ 1=ในมือ 2=ในท้อง 3=ในตีก 4=สถานที่อื่น 5=จะจัดหาอาวุธให้	**** 0=ไม่รุนแรง 1=รุนแรง 2=เป็นการกระทำที่ก้าวร้าว

* # ช่วงเวลามักจะ 01. แต่ถ้า #ช่วงเวลา > 4 โดยที่พบเหตุการณ์เป็นประจำทุกวัน (ชนิดเหตุการณ์เดียวกัน/ผู้ถูกระหว่างเดียวกัน/สถานที่เดียวกัน, ฯลฯ)

และไม่มีความรุนแรง, การบันทึกจำนวนครั้งให้นับวันที่ 98/98/98 ลำดับวันที่

*** ความรุนแรงที่รวมถึงการใช้อาวุธหรือการคุกคามข่มขู่หรือความรุนแรงอื่น ๆ ที่มีการบาดเจ็บของเหยื่อ การกระทำที่ก้าวร้าวอื่น ๆ รวมถึงการกระทำอื่น ๆ ทั้งหมด

 <p>กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health</p>	<p>กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	--

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
(SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
IN COMMUNITY)

วันให้คำยินยอมวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่
จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอ
ในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว
ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูล
ของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดย

การตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ

จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอม

ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวศิริพรรณ ชนันชัย) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....


.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>กรมสุขภาพจิต Department of Mental Health</p>	<p>กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--

ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
(SELECTED FACTORS RELATED TO VIOLENT BEHAVIOR OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY)

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อนางสาวศิริพรรณ ธนชัย

สถานที่ทำงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 เขตทวีวัฒนา
แขวงทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) 083- 2946840
(ที่ทำงาน) 02-4416100 ต่อ 58131

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย-ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

คำชี้แจง

1. โครงการนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพ ผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ประวัติการก่อความรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อากาศ

ทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

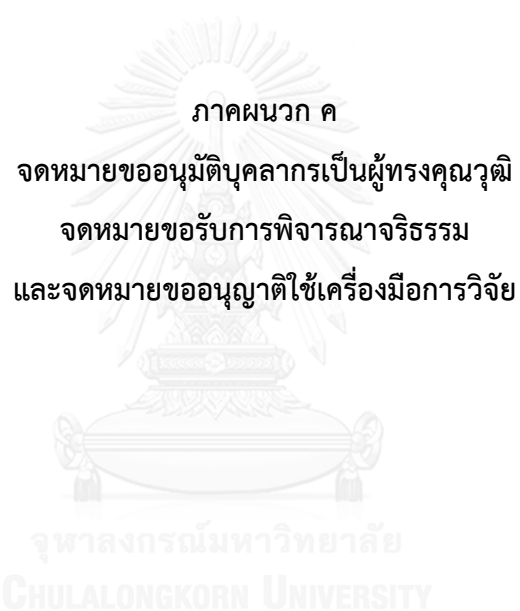
3. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนทั้งสิ้น 4 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของผู้มารับบริการที่เป็นโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 140 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลละ 35 คน มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง โดยส่วนใหญ่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปและเดินทางมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภูมิภาคตามแผนการรักษา

4. ในการวิจัยนี้ ใช้วิธีตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน คาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุ ชื่อ - นามสกุล และที่อยู่ ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย (ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 จนถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2560)

5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้
 - 5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participats) ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก โยผู้มีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งหมด 6 ส่วน
 - 5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 4 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- 5.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไม่มีผลต่อการได้รับบริการ นอกจากนี้ระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ
- 5.4 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล
- 5.5 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวศิริพรรณ ธนรัชชัย ทางโทรศัพท์หมายเลข 02-4416100 ต่อ 58131
- 5.6 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล จะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น
6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
จิตเภท และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนงาน และจัดให้บริการพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย
จิตเภท และป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และทรัพย์สินสิ่งของ
7. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่
ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาธรรมากรินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 เขตทวีวัฒนา
แขวงทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 0-2441-6100 โทรสาร 0-2441-6101





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/ 2694 วันที่ 25 กันยายน 2559
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
 นิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
 นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย โทร. 08-3294-6840

ที่ ศธ 0512.11/2494



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางคันสนีย์ พูลผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร ภาคพิชญ์วัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางคันสนีย์ พูลผล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย โทร. 08-3294-6840

ที่ ศธ 0512.11/2644

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

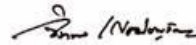
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางอำพัน หิรัญอุทก
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย โทร. 08-3294-6840

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๖๑๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

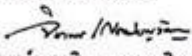
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนินชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. แพทย์หญิง กมลชนก มนตะเสวี | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 2. ดร. อุษา นาคเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราทร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง กมลชนก มนตะเสวี และ ดร. อุษา นาคเจริญ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
นางสาวศิริพรรณ ธนินชัย โทร. 08-3294-6840



ที่ ศธ 0512.11/ ๖1๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประวัติส่วนตัว/ผลงานของอาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษา (Curriculum vitae) จำนวน 1 ชุด
 2. แบบเสนอโครงการวิจัย (GIRB Submission form) ภาษาไทย จำนวน 10 ชุด
 3. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย (Thai version protocol) จำนวน 10 ชุด
 4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) จำนวน 10 ชุด
 5. แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 10 ชุด
 6. แผ่น CD บรรจุข้อมูลเอกสารข้อ 1-5 จำนวน 1 ชุด
 7. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย โทร. 08-3294-6840

ที่ ศร 0512.11/3179



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน 3 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 ชุด
 3. หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วม จำนวน 3 ชุด
 4. เครื่องมือในการวิจัย จำนวน 3 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย โทร. 08-3294-6840

ที่ ศธ 0512.11/3179



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 16 ชุด
 2. หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 16 ชุด
 3. เครื่องมือในการวิจัย จำนวน 16 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153
นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย โทร. 08-3294-6840

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
 เรียน คณบดี

เลขที่รับ ๙๕๐
 วันที่ ๑๘.๓.๕๙
 เวลา ๑๖.๓๖.๕๙
 ผู้รับ ๗๗ ๙๑๒

ข้าพเจ้านางสาวศิริพรพรหม ชนนชัย รหัสประจำตัว 5777325836
 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ) ที่อยู่ปัจจุบัน สถาบันกัลยาธรรณครินทร์
 เลขที่ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา
 เขตทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10170 โทรศัพท์ 02-4416100 ต่อ 58131 โทรศัพท์มือถือ
 083-2946840
 หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 รุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
 ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 ชื่อเจ้าของเครื่องมือ สรินทร เชี่ยวโสธร
 ปีของวิทยานิพนธ์ 2545

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง
 (นางสาวศิริพรพรหม ชนนชัย)
 ๑๖ / สิงหาคม / ๒๕๕๙

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรอนุญาต ลงนาม (รศ.ดร.จินตนา ชุมนิพันธ์) ๑๖ / สิงหาคม / ๒๕๕๙	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อนุมัติ ลงนาม (รศ.ดร.จินตนา ชุมนิพันธ์) ๑๖ / สิงหาคม / ๒๕๕๙
---	---

อนุญาต
 จีราพร เกศทิชชวุฒินา
 (รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศทิชชวุฒินา)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 / /

๑๖
 ๑๕-๓๐๕๙

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวนปรุง

โครงร่างวิจัย ปัจจัยคัศสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง

เอกสารที่พิจารณา ปัจจัยคัศสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง ได้พิจารณาโครงร่างวิจัยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสาร
โครงร่างวิจัยเป็นหลัก

(นายสุรเชษฐ ผ่องฉัญญา)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายธณินทร์ ก่องสุข)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

หมายเลขใบรับรอง : ๖ / ๒๕๖๐
วันที่ให้การรับรอง : ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐
วันหมดอายุใบรับรอง : ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

AF 10-10
COA No. ...03-2560...
REC No.....

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000 โทร 0 2149 5555 - 60

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่โครงการวิจัย : 03-2560

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริพรรณ ธนันชัย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6

เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง

1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย
3. แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย
6. เครื่องมือการวิจัย

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร. กมลชนก จิตตะเสวี)
 ประธาน
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

.....
 (น.ส. ภาควิ ประดิษฐ์พรวิเศษ)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 28 เมษายน 2560
 วันหมดอายุ : 27 เมษายน 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)
 นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
 2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ไปยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
 3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
 4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
 5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
 6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
- * รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

หมายเลขโครงการ SSR REC ๐๔/๒๕๖๐



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ ๒๔๔ ถนน ธวราชบดินทร์ ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรม
การวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS
Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ
ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

เลขที่โครงการวิจัย : SSR REC ๐๔/๒๕๖๐

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริพรรณ ธนัชชัย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่ได้รับการรับรอง : ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลงนาม ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
(นายอัครพงศ์ ถนิมพาสณ์)

ลงนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นายแพทย์จุมภฏ พรหมเสิดา)

วันที่รับรอง : ตั้งแต่วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๑

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



1. ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน่ (Yamane)

ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน่ เป็นตารางที่ใช้หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยคาดว่าสัดส่วนของลักษณะที่น่าสนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95%

ขนาดประชากร	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดความคลาดเคลื่อน(e)					
	±1%	±2%	±3%	±4%	±5%	±10%
500	*	*	*	*	222	83
1,000	*	*	*	385	286	91
1,500	*	*	638	441	316	94
2,000	*	*	714	476	333	95
2,500	*	1,250	769	500	345	96
3,000	*	1,364	811	517	353	97
3,500	*	1,458	843	530	359	97
4,000	*	1,538	870	541	364	98
4,500	*	1,607	891	549	367	98
5,000	*	1,667	909	556	370	98
6,000	*	1,765	938	566	375	98
7,000	*	1,842	959	574	378	99
8,000	*	1,905	976	580	381	99
9,000	*	1,957	989	584	383	99
10,000	5,000	2,000	1,000	588	385	99
15,000	6,000	2,143	1,034	600	390	99
20,000	6,667	2,222	1,053	606	392	100
25,000	7,143	2,273	1,064	610	394	100
50,000	8,333	2,381	1,087	617	397	100
100,000	9,091	2,439	1,099	621	398	100
∞	10,000	2,500	1,111	625	400	100

*หมายถึง ขนาดตัวอย่างไม่เหมาะที่จะ assume ให้เป็นการกระจายแบบปกติ จึงไม่สามารถใช้สูตรขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรนามนาตรา ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (Contingency Coefficient)

1.1 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรเพศ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.234	.636
N of Valid Cases	105	

1.2 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.368	.037
N of Valid Cases	105	

1.3 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.707	.000
N of Valid Cases	105	

1.4 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรประวัติการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.622	.000
N of Valid Cases	105	

1.5 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรเพศ กับระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.225	.132
N of Valid Cases	105	

1.6 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม กับระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.328	.005
N of Valid Cases	105	

1.7 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรประวัติการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient)

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.622	.000
N of Valid Cases	105	

1.8 การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency Coefficient)

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.707	.000
N of Valid Cases	105	

3. การหาความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation)

Correlations

		AGE	SUMPOS	SUMNEG	SUMMED	SUMMCVI
AGE	Pearson Correlation	1	-.207*	-.040	.050	-.330**
	Sig. (2-tailed)		.039	.691	.621	.001
	N	105	105	105	105	105
SUMPOS	Pearson Correlation	-.207*	1	-.261**	-.064	.215*
	Sig. (2-tailed)	.039		.009	.526	.031
	N	105	105	105	105	105
SUMNEG	Pearson Correlation	-.040	.261**	1	.117	-.018
	Sig. (2-tailed)	.691	.009		.246	.860
	N	105	105	105	105	105
SUMMED	Pearson Correlation	.050	-.064	.117	1	.200*
	Sig. (2-tailed)	.621	.526	.246		.046
	N	105	105	105	105	105
SUMMCVI	Pearson Correlation	-.330**	.215*	-.018	.200*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.031	.860	.046	
	N	105	105	105	105	105

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4. การหาความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไปซีเรียล (Point Biserial Correlation)

Correlations

		อายุ	คะแนนรวม	คะแนนรวม	รวมพฤติกรรมการใช้ยา	ความรุนแรง
อายุ	Pearson Correlation	1	-.207*	-.040	.050	-.309**
	Sig. (2-tailed)		.039	.691	.621	.002
	N	105	105	105	105	105
คะแนนรวม	Pearson Correlation	-.207*	1	-.261**	-.064	.216*
	Sig. (2-tailed)	.039		.009	.526	.031
	N	105	105	105	105	105
คะแนนรวม	Pearson Correlation	-.040	-.261**	1	.117	.030
	Sig. (2-tailed)	.691	.009		.246	.769
	N	105	105	105	105	105
รวมพฤติกรรมการใช้ยา	Pearson Correlation	.050	-.064	.117	1	.065
	Sig. (2-tailed)	.621	.526	.246		.518
	N	105	105	105	105	105
ความรุนแรง	Pearson Correlation	-.309**	.216*	.030	.065	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.031	.769	.518	
	N	105	105	105	105	105

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิริพรรณ รัตนชัย เกิดเมื่อวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดลำพูน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปี การศึกษา 2552 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สถาบัน กัลยาณราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

