

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

Selected Factors Related to Violent Behavior
of Schizophrenic Patients in Community

เวนิช บุราชรินทร์ (Wenich Buracharin, M.N.S., RN)**

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)***

Abstract

The purposes of this descriptive correlation-al research were: 1) to examine the prevalence of violent behavior of schizophrenic patients in community and 2) to study the relationships between selected factors including age, gender, history of violent behavior, substance abuse, medication adherence behavior, positive symptoms and negative symptoms with violent behavior. A total sample of 130 schizophrenic patients in community, who met the inclusion criteria, was drawn from out-patient departments of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry and Galya Rajanagarindra Institute. Research instruments consist of five questionnaires namely: 1) demographic data sheet, 2) The Violent Behavior Scale, 3) The Thai Version of the Positive Syndrome Scale, 4) The Thai Version of the Negative Syndrome Scale, and 5) The Medication Adherence Behavior Scale. All instruments were validated for content validity by

5 experts and tested for reliability. Statistic techniques utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Contingency Coefficient and Point Biserial Correlation. Findings were summarized as follows:

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

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

3. Gender, substance abuse and negative

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ปฏิบัติกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

symptoms were not significantly related to violent behavior of schizophrenic patients in community.

Keywords: Schizophrenic Patients in Community/
Violent Behavior/Selected Factors

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 130 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง 3) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกฉบับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณั้จ และค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

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

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

3. เพศการใช้สารเสพติดและอาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พฤติกรรมรุนแรง ปัจจัยคัดสรร

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตซึ่งพบมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ คือ พบได้ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม (Fox & Kane, 1996) และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Boyd, 2005) ถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากในประเทศไทยเช่นกัน (ชรินทร์ ลิมสนธิกุล, 2552) และมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบัน
กัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าในช่วงปีงบประมาณ
2550-2552 ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการเป็นอันดับ
ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 43.23, 43.99 และ 45.15
ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน
กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะแสดง
อาการผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้
และพฤติกรรม แต่พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชนแสดงออกมา และเป็นปัญหาที่มีสำคัญ
ส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมรุนแรง (Swanson et al.,
2006; Walsh et al., 2004) โดยพบอัตราการเกิด
พฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป 2 ถึง
10 เท่า (Wessely, 1997) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชนนั้นมีพฤติกรรมรุนแรงสูงถึง
ร้อยละ 10-60 (Fresan et al., 2005; Swanson,
Holzer, Ganju & Jono, 1990)

ยูดอฟสกี (Yudofsky et al., 1986) ได้ให้
ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นการ
แสดงออกในลักษณะหนึ่งของพฤติกรรมก้าวร้าว
โดยให้นิยามว่า พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression)
หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกของ
พฤติกรรมก้าวร้าว ในลักษณะต่างๆ ได้แก่
พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าว
ต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และ
พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ซึ่งแบ่ง
ได้เป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย
ปานกลาง และรุนแรง ทั้งนี้ยังกล่าวว่า หากผู้ป่วย
จิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับปานกลาง
ขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (Violence
behavior)

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ผู้วิจัยจึงได้มีการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
แต่ไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่คาดว่าจะมีความ
สัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวน
วรรณกรรมจากต่างประเทศและพบว่ามีการศึกษา
เกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
จำนวนมาก โดยสามารถจำแนกปัจจัยดังกล่าว
ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางด้านประชากร
(Demographic factors) ได้แก่ อายุ (Krakowski
& Czobor, 2004; Swanson et al., 2006) เพศ
(Krakowski & Czobor, 2004; Sharma, 2007)
อาชีพ (Erkiran et al., 2006) และอีกปัจจัย คือ
การไม่มีที่อยู่อาศัย (Walsh et al., 2004) 2) ปัจจัย
ด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่ ประวัติ
เคยมีพฤติกรรมรุนแรง (Walsh et al., 2004) การใช้
สารเสพติด (Erkiran et al., 2006; Swartz et al.,
1998) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Swartz et al.,
1998) และ ปัจจัยด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย
(Krakowski & Czobor, 2004) และ 3) ปัจจัย
ด้านอาการ (Clinical Symptoms) ได้แก่ อาการ
ทางบวก (Abushualeh et al., 2006; Arango et al.,
1999; Buckley et al., 2004; Fresan et al., 2005;
Krakowski et al., 1999) และ อาการทางลบ
(Swanson et al., 2006)

การเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน ไม่ว่าจะเกิดจากสภาพจิตใจหรือเกิดจาก
สิ่งแวดล้อมล้วนก่อให้เกิดผลกระทบตามมา คือ
ตัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภท
มีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง มีการเสียชีวิต
จากการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 19.5 (ประเวช
ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

อีกทั้งมีผลต่อผู้อื่น ญาติ หรือคนในชุมชน ทำให้ได้รับบาดเจ็บและเกิดความหวาดกลัวอันตรายจากความเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยทำร้าย อีกทั้งเป็นอันตรายต่อทรัพย์สินโดยทำให้เกิดความเสียหาย เช่น เตียนนอน เก้าอี้ ภาชนะใส่อาหาร กระຈกหน้าต่าง ประตู เป็นต้น อีกทั้งการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงยังทำให้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอีกด้วย (Chemtop et al., 1997) ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (กัลยา ภักดีมงคล และ เพชร คันทสายบัว, 2548)

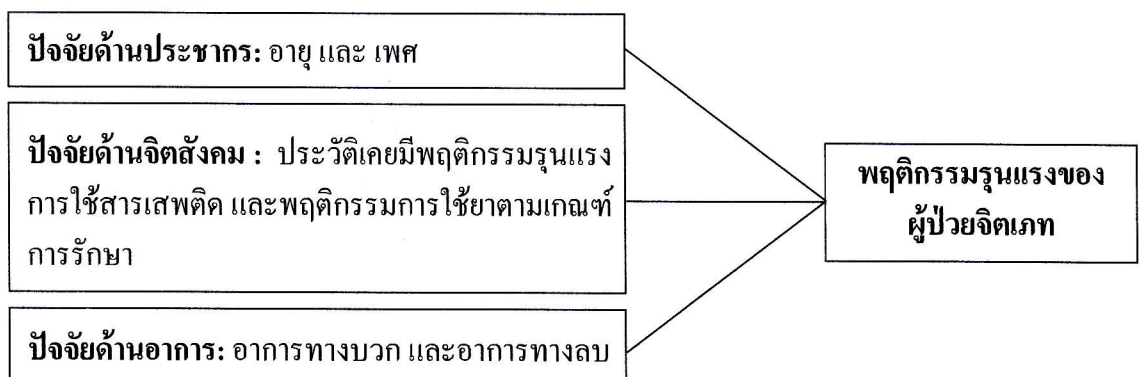
สำหรับในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาถึงอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจ

ศึกษาเพื่อหาคำตอบว่าสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทของยูนอฟสกี (Yudofsky et al., 1986) และ คัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อีกทั้งเป็นปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

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

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในรัตนศิริทาโต, 2552) ดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา 8 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 130 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามรายงานประจำปี 2552 โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) 2) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ 4) ไม่มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด **ส่วนที่ 2** แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของ กชพงศ์

สารการ (2542) ที่แปลมาจากแบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของ ยูโดฟสกี (Yudofsky et al., 1986) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 4 ข้อ ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของจำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเองจำนวน 4 ข้อ และด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นจำนวน 4 ข้อ **ส่วนที่ 3** แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ **ส่วนที่ 4** แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ และ **ส่วนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา 9 ข้อ และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยขอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนรูปแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88, .91, .93 และ .83 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และให้ตอบแบบสอบถาม ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และหมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้พบว่าจับฉลากได้บัตรตรวจหมายเลขคู่ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ เฉพาะหมายเลขบัตรตรวจที่เป็นเลขคู่ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 130 คน คิดตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2554 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณักร และค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

จากการศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน เป็นเพศชาย 70 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 คน โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.16 ปี (S.D. = 9.96) ส่วนใหญ่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 มีการใช้สารเสพติด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 โดยสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่คือ บุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการทางบวกโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนคะแนนอาการทางลบโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.93 และ $\bar{X}$ = 1.99, S.D. = 0.86 ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.57)

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

3. ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($C = .250, p < 0.01$) อายุและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชน ($r_{pb} = -.294$ และ $r_{pb} = -.326$ ตามลำดับ, $p < 0.01$) และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r_{pb} = .376, p < 0.01$) ส่วน เพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุเพศประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางบวก และอาการทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตัวแปร	C / r_{pb}	p - value
อายุ	-.294 ^b	.001
เพศ	.028 ^a	.753
ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง	.250 ^a	.003
การใช้สารเสพติด	.026 ^a	.770
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	-.326 ^b	.000
อาการทางบวก	.379 ^b	.000
อาการทางลบ	-.081 ^b	.359

^a = Contingency Coefficient (C), ^b = Point Biserial Correlation (r_{pb})

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลสามารถแยกได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 24.6 (จำนวน 32 คน จาก 130 คน) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นี้พบว่าไม่สอดคล้องกับขนาดของปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ทำการศึกษาในประเทศอินเดีย ซึ่ง

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 55.3 (Sharma., 2007) และผลการศึกษาในประเทศเม็กซิโก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 60 (Fresan et al., 2005) อย่างไรก็ตามอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พบจากการศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตรา

ความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 19.1 (Swanson et al., 2006)

จากผลการศึกษาซึ่งพบว่าอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยอาจต่ำกว่าอัตราที่พบจากผลการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของทั้งสองโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลในครั้งนี้พบว่าได้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต โดยมีการขยายบริการจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ สู่วิทยาลัยศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในสถานบริการใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นกคณ (2552) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตรากำเริบเพียง ร้อยละ 16.4 ดังนั้นสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย จึงมีขนาดของปัญหาใกล้เคียงกับอาการทางจิตที่กำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า อาการทางจิตที่กำเริบเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Walsh, Buchann & Fahy., 2002)

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ อายุ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และอาการทางบวก สามารถอธิบายผลการศึกษาร้อยละตามลำดับ ดังนี้

อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในวัยกลางคน หรือวัยสูงอายุ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า ทำให้มีการแสดงพลังกำลังตามที่ตนเองต้องการ และขาดทักษะในการแก้ไขความขัดแย้ง อีกทั้งมักจะมีการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว จนเป็นเหตุให้มีการใช้ความรุนแรงเพื่อแก้ไขปัญหาได้ง่าย ในขณะที่พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากผู้สูงอายุมักเป็นเพียงการคำทอด้วยคำพูด หรือการข่มขู่เท่านั้น จึงไม่จัดว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรง (Owen, tartello, Jones & Tennant, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Krakowski & Czobor., 2004; Swanson et al., 2006)

ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง มักมีอาการรุนแรง พลังงาน และมีประวัติลักษณะพฤติกรรมรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมรุนแรง ในขณะที่มีความ

ตั้งเครือข่ายอารมณ์มากกว่าคนทั่วไป (Hughes et al., 1997) ตลอดจนบุคคลอาจได้รับประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่มีการใช้พฤติกรรมรุนแรงและเรียนรู้การกระทำพฤติกรรมรุนแรงนั้น ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความไม่สบายใจขึ้นใหม่ ก็มักจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้ตนรู้สึกปลอดภัย (Johnson, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติในเรื่องนี้ (Walsh et al., 2004)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรง คือ การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยอใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา การลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้น้อยนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา (Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน (Swartz et al., 1998)

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

2.2 ผลการศึกษาที่พบว่า ตัวแปรที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน มีทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ เพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบ สามารถ อภิปรายผลการศึกษารเรียงตามลำดับ ดังนี้

เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอภิปรายได้ว่า ปัจจัยเรื่องเพศเพียงอย่าง เดียวอาจไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมี พฤติกรรมรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่น เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย ดังจะเห็นได้จาก ผลการ ศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ในต่างประเทศซึ่งพบผลการ วิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของ ชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann., 2009) แต่เมื่อพิจารณา ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยร่วม เรื่องการใช้ยาหรือสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเพศชาย มักจะมีการใช้สารเสพติดร่วม มากกว่าเพศหญิง ทำให้ผู้ป่วยเพศชายเหล่านี้มี แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วย เพศหญิง (Fazel & Grann, 2006)

การใช้สารเสพติด พบว่า การใช้สาร เสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถอภิปรายได้ว่าผู้ป่วย จิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน มีการ ใช้สารเสพติดเพียง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 อีกทั้งสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ บุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 ซึ่งโดยทั่วไป พบว่า การ สูบบุหรี่ไม่มีผลกระทบทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผลในระยะสั้นพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่

อาจออกฤทธิ์ไปเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนในสมอง ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีจากการสูบบุหรี่ รู้สึกว่า บุหรี่ช่วยทำให้กระปรี้กระเปร่า ตื่นตัว ทำให้ สามารถทำงานต่อไปได้ อีกทั้งยังไปเพิ่มสาร เอ็นดอร์ฟิน ซึ่งทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกยินดี ปรีดา (euphoria) เพิ่มการผ่อนคลายความเครียด คลายความวิตกกังวล และลดความรู้สึกก้าวร้าว รุนแรงได้ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า บุหรี่ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มี พฤติกรรมรุนแรงไม่แตกต่างกัน (Erkiran et al., 2006)

อาการทางลบ พบว่า อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน สามารถอภิปรายได้ว่า ลักษณะ เด่นของอาการทางลบ ซึ่งแบ่งลักษณะอาการ ออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และ อาการทางลบ ชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะ หงุดหงิดใจ (Lindenmayer & Khan, 2006) อีกทั้ง อาการทางลบมักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย จิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการซึ่ง คงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและไม่ค่อย ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการ ทางบวก (Lindenmayer & Khan, 2006) และ บางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทาง บวก แต่พบว่ามีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการ รักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบเนื่องจาก อาการทางลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง

หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือนกับอาการทางบวก (Nicholl, 1999) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในหลายๆ เรื่อง ที่พบผลการศึกษาว่าอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Arango, Barba, Gonzalez-Salvador & Ordonez, 1999; Fresan et al., 2005; Walsh et al., 2004)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงสูงถึงร้อยละ 24.6 ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาดังกล่าว อีกทั้งการจัดกิจกรรมพยาบาล ควรนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้แก่ อายุ ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และอาการทางบวก ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมฯ กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทางให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและกำลังใจ ขอกราบพระคุณศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนมอบทุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้และขอขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่ได้เอื้อนนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยนี้ขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กชพงศ์ สารการ. (2542). *พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา ภัคคิมงคล, และ เพชร คันทสายบัว. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มี

- พฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 19(2), 14-20.
- ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). ปกป้องจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(3), 208-210.
- ชนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์, และ พิเชฐ อุคมรัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพมหานคร: เจเนชั่น-ซีแอล.
- นภดล ลำอังก. (2552). ปัจจัยที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาภายใน 3 เดือน. ใน *รายงานประจำปี 2552*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). *ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่*. กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2552). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- สรินทร เชื้อวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Abushualeh, K., & Abu-Akel, A. (2006). Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143(2-3), 205-211.
- Arango, C., Barba, A. C., Gonzalez-Salvador, T., & Ordonez, A. C. (1999). Violence in Inpatients With Schizophrenia: A Prospective Study. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 493-503.
- Benjaminsen, S., Botzsche, L. K., Norrie, L., & et al. (1996). Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark: rate of violence and relation to diagnosis. *Nord J Psychiatry*, 50, 233-242.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary practice* (3rd ed): Southern Illinois University Edwardsville, IL.
- Buckley, P. F., Hrouda, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J., & Shingler, K. C. (2004). Insight and Its Relationship to Violent Behavior in Patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161, 1712-1714
- Chemtop, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., Gross, D. M., & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat related posttraumatic stress disorder. *Journal of*

- Traumatic Stress*, 10, 17-36.
- Erkiran, M., Ozunalan, H., Evren, C., Aytaçlar, S., Kirisci, L., & Tarter, R. (2006). Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1797-1805.
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*, 163, 1397-1403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-15.
- Fox, C., & Kane, F. (1996). *Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating The Behavioral and Biological Sciences*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Fresan, A., Apiquiann, R., Fuente-Sandoval, C. d. I., Loyzaga, C., Garc^a-Anaya, M., Meyenberg, N., et al. (2005). Violent Behavior in Schizophrenic Patients: Relationship with Clinical Symptoms. *Aggressive Behavior*, 31, 511-520.
- Hughes, H., Riba, M., & Glick, R. (1997). *Acute Care Psychiatry: Diagnosis & Treatment*. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Johnson, B. S. (1997). *Adaptation and growth: Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Krakowski, M., & Czobor, P. (2004). Gender Differences in Violent Behaviors: Relationship to Clinical Symptoms and Psychosocial Factors. *Am J Psychiatry*, 161, 459-465.
- Krakowski, M., Czobor, P., & Chou, J. C. Y. (1999). Course of Violence in Patients with Schizophrenia: Relationship to Clinical Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 505-517.
- Lindenmayer, J. P., & Khan, A. (2006). *Psychopathology*. In: Lieberman JA, Strop TS, Perkins DO, eds. Textbook of Schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- McNiel, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The Relationship Between Command Hallucinations and Violence. *Psychiatric Services*, 51(10), 1288-1292.
- Nicholl, A. M. (1999). *The Harvard Guide to Psychiatry*. London: Belknap Press.
- Owen, C., tartello, C., Jones, M., & Tennant, C. (1998). Violence and gression in pschitric units. *Psychiatric Services*, 45(11), 1452-1457.
- Owen, R. R., Fischer, E. P., Booth, B. B., & Cuffel, B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853-858.
- Sharma, M. (2007). *Characteristics of aggressive and violence behavior amongst psychiatric in patients in India*. A Thesis Submitted in partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Public Health Program in Health Systems Development. Collage of Public Health Sciences. Chulalongkorn

- University.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence From the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Dorn, R. A. V., Elbogen, E. B., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 490-499.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V., Borum, R., Wager, H. R., & Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and non-adherence to medication. *Am. J. Psychiatry*, 155, 226-231.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*, 180, 490-495.
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tattan, T., et al. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 247-252.
- Wessely, S. (1997). The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 170, 8-11.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, w., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.