ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อความเสี่ยงการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชาย[1]

ศิริญพร บุสหงษ์, พย.ม.(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)[2]
เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปร.ด.(การพยาบาล)[3]
โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, พย.ม.[4]
ปาลิดา พละศักดิ์, พย.ม.(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)[5]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในด้านการควบคุมอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ความรุนแรงสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทชาย มีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และก่อให้เกิดความหวาดกลัวต่อบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งเกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินต่อตัวผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง เกิดความเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่ต้องให้การดูแลอย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อความเสี่ยงการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชชาย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้ 1) เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

การออกแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยประยุกต์ทฤษฎีการควบคุมพฤติกรรมโดยเจตนาของ Ajzen ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากเจตนาและเหตุผลของตัวบุคคล โดยบุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากบุคคลมีความมุ่งมั่นในการควบคุมพฤติกรรมเหล่านั้น ก็จะสามารถเกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างคงทนและถาวร ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบความเชื่อ 3 ประการได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum ที่กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถที่จะละเว้นการกระทำบางชนิด ซึ่งเกิดจากการควบคุมพฤติกรรมด้วยเหตุผลและความอดทนเพื่อให้เกิดผลที่ต้องการ รวมทั้งบุคคลยังมีความสามารถในการจัดการกับภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ และสามารถยับยั้งอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาออกแบบกิจกรรมบำบัดในโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อปรับความเชื่อ ทัศนคติและมุมมองต่อพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีความเหมาะสมและสังคมยอมรับได้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2) การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 4) การพัฒนาทัศนคติและความเชื่อเชิงพฤติกรรม 5) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง และ 6) การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 20–59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD–10 3) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง Prasri Violence Severity Scale (PVSS) ที่ได้รับการประเมินก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง

[1]ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2,3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: proithip_nurse@live.com
[5]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i02.271700

ช่วง 14 – 32 คะแนน 4) มีอาการทางจิตสงบ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 6) ไม่เคยได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน และ 7) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จัดกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยจิตเวชชายแห่งที่ 1 เข้ากลุ่มทดลองและหอผู้ป่วยจิตเวชชายแห่งที่ 2 เข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) จำนวน 9 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 3) โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2) การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 4) การพัฒนาทัศนคติและความเชื่อเชิงพฤติกรรม 5) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง และ 6) การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองไม่พร้อมกัน และอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 6–8 สัปดาห์ เพื่อป้องกันกลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทีมวิจัยจึงแบ่งเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มเริ่มดำเนินกิจกรรมไม่พร้อมกัน ทีมวิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยจิตเวชชาย เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละกลุ่ม ทีมผู้วิจัยประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน จากหอผู้ป่วยแห่งที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลตามปัญหาความต้องการ จากนั้นทีมผู้วิจัยประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย หลังจากการได้รับการพยาบาลตามปกติทันที และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21–51 ปี อายุเฉลี่ย 36.62 ปี (SD = 8.98) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 75.00) เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 1 – 5 ปี (ร้อยละ 56.67) และค่ามัธยฐานของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณสมบัติส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงในระดับสูง (M = 21.37, SD = 3.59) ระยะสิ้นสุดการทดลองทันที อยู่ในระดับปานกลาง (M=12.87, SD=2.30) และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับสูง (M = 15.87, SD = 3.31) ในขณะที่กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง ก่อนการทดลองในระดับสูง (M = 21.77, SD =2.79) ระยะสิ้นสุดการทดลองทันที อยู่ในระดับต่ำ (M = 3.73, SD = 0.64) และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 6.53, SD = 2.81) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำ พบว่า ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 802.246$, $p<.001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯ มีผลต่อความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 127.574$, $p<.001$) และเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 106.529$, $p<.001$)

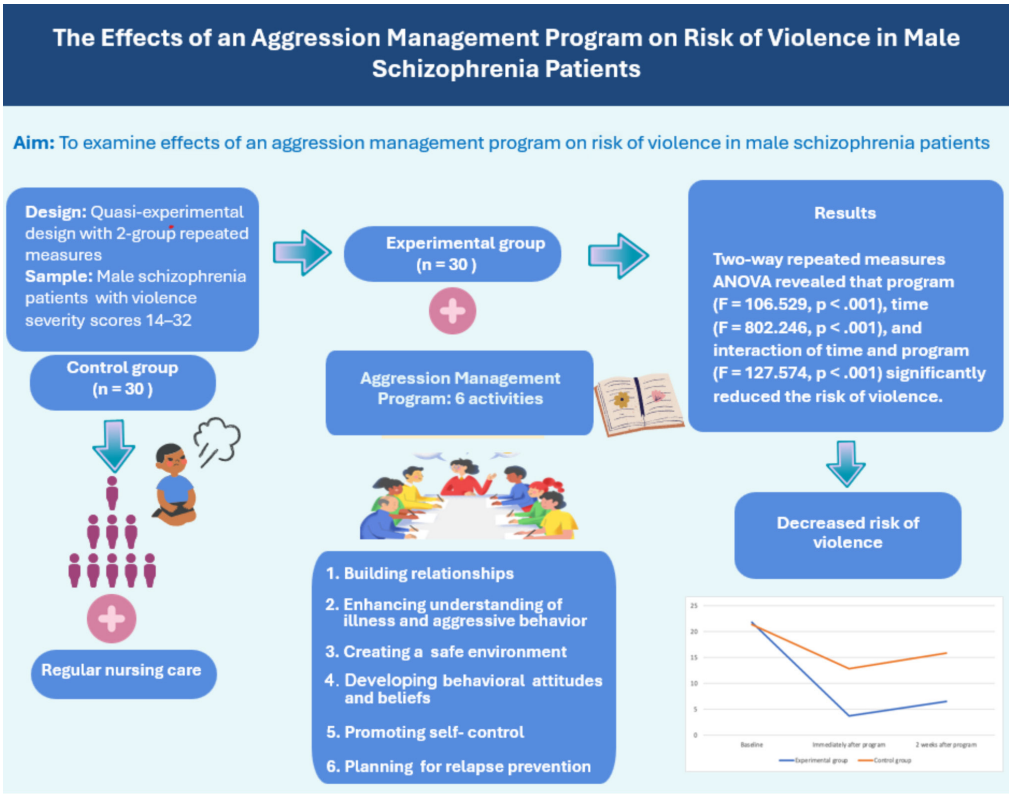
ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทชายสามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทลงได้ พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาระยะยาวอาจเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรในหอผู้ป่วยจิตเวชได้

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทชาย พฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการ ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การควบคุมตนเอง

วันที่ได้รับ 16 ต.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ก.พ. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 24 มี.ค. 68

The Effects of an Aggression Management Program on Risk of Violence in Male Schizophrenia Patients[1]

Sirinporn Bussahong M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)[2]
Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D (Nursing)[3]
Proithip Suntaphun M.N.S[4]
Palida Phalasak M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)[5]



Extended Abstract

Introduction Schizophrenia is a psychiatric disorder characterized by abnormalities in brain neurotransmitters, resulting in disturbances in emotional regulation, cognitive processes, perception, and general behaviors. Patients diagnosed with schizophrenia demonstrate a higher propensity for violent behavior compared to the general population, particularly in male patients, who exhibit a higher incidence of aggressive behaviors than females. Aggressive behaviors exhibited by patients with schizophrenia have profound effects on the patients themselves, disrupt familial relationships, and evoke apprehension within society. Such behaviors pose threats to both life and property, affecting the patients and those in their vicinity, leading to

[1]*This research was funded by Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Ubon Ratchathani Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand*
[2,3]*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Ubon Ratchathani Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand*
[4]*Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Ubon Ratchathani Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand E-mail: proithip_nurse@live.com*
[5]*Registered Nurse, Professional Level, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand*

substantial social and economic ramifications. Due to these severe implications, patients exhibiting violent behaviors are considered psychiatric emergencies that necessitate immediate and comprehensive intervention.

Objectives 1) To compare the risk scores for violent behavior among male patients with schizophrenia within the experimental group at pre-intervention, post-intervention, and two-week follow-up phases, and 2) To compare the risk scores for violent behavior between the experimental and control groups of male patients with schizophrenia at pre-intervention, post-intervention, and two-week follow-up phases.

Design A quasi-experimental design with two-group repeated measures was employed, utilizing Ajzen's Theory of Planned Behavior, which posits that an individual's behavior is driven by their intentions and rational considerations. Individuals can effectively control their behaviors if they are committed to doing so, leading to the desired behaviors being sustained and enduring. This theory comprises three belief components: 1) Behavioral beliefs, 2) Normative beliefs, and 3) Control beliefs. Additionally, Rosenbaum's concept of self-control was integrated, which asserts that individuals can refrain from certain actions through rational behavior control and patience to achieve desired outcomes. Individuals also have the ability to manage emotional stress and appropriately regulate their emotions according to the situation. The researchers incorporated these concepts to design therapeutic activities within a behavioral management program aimed at adjusting beliefs, attitudes, and perspectives toward aggressive behavior to be more appropriate and socially acceptable. The program consists of six activities: 1) Building positive relationships, 2) Enhancing understanding of illness and aggressive behavior, 3) Creating a safe environment, 4) Developing behavioral attitudes and beliefs, 5) Strengthening self-control confidence, and 6) Planning for relapse prevention.

Methodology The sample consisted of 60 male patients with schizophrenia receiving treatment at a psychiatric hospital in a northeastern province. The participants were purposively selected based on the following inclusion criteria: 1) aged 20-59 years, 2) diagnosed with schizophrenia according to ICD-10 criteria (F20.0 - F20.9), 3) assessed with a high risk of violence using the Prasri Violence Severity Scale (PVSS) with pre-experiment scores ranging from 14 to 32, 4) stable psychiatric symptoms, 5) proficient in Thai communication, 6) no prior participation in an aggressive behavior therapy program, and 7) willingness to participate in the program. The sample was divided into two groups: 30 patients in the experimental group from the first male psychiatric ward and 30 patients in the control group from the second male psychiatric ward. The research instruments included: 1) a personal information questionnaire, 2) the PVSS, a 9-item scale with a content validity index (CVI) of .89, and 3) a 6-activity aggressive behavior management program. The content validity of the program was verified by three experts, yielding a CVI of .86. Data collection was conducted from July to October 2024. Due to the varying lengths of hospital stays and the average hospitalization period of 6-8 weeks, the experimental group was divided into three subgroups of 10 patients each, with staggered activity start times. Activities and data collection for the experimental group were conducted in the group activity room of the male psychiatric ward. Post-program and 2-week follow-up assessments of the risk of violence were conducted using the PVSS. The control group received regular nursing care, including individualized mental health education based on their needs, followed by immediate and 2-week follow-up PVSS assessments before discharge. Data were analyzed using descriptive statistics and two-way repeated measures ANOVA to compare the mean risk of violence scores between the experimental and control groups.

Results The sample was aged between 21 and 51 years, with a mean age of 36.62 years (SD = 8.98). The majority were single (75.00%) and had been diagnosed with schizophrenia for 1 to 5 years (56.67%). On average, they had been hospitalized with a median of 3 times. An analysis of the differences in personal characteristics between the experimental and control groups revealed no statistically significant differences. Prior to the experiment, the control group had a high mean score for risk of violence (M = 21.37, SD = 3.59), which decreased to a moderate level immediately post-experiment (M = 12.87, SD = 2.30) and increased to a high level at the 2-week follow-up (M = 15.87, SD = 3.31). In contrast, the experimental group had a high mean violence risk score before the experiment (M = 21.77, SD = 2.79), which decreased to a low level immediately post-experiment (M = 3.73, SD = 0.64) and increased to a moderate level at the 2-week follow-up (M = 6.53, SD = 2.81). The results of the two-way repeated measures ANOVA indicated that the violence risk in male patients with schizophrenia in the experimental group differed significantly across the pre-experiment, immediate post-experiment, and 2-week follow-up periods ($F = 802.246$, $p < .001$). The interaction between time and the program had a statistically significant effect on the violence risk in male patients with schizophrenia ($F = 127.574$, $p < .001$). Furthermore, an analysis of the violence risk between the experimental and control groups revealed a statistically significant difference ($F = 106.529$, $p < .001$).

Recommendation The findings of this study indicate that the aggressive behavior management program for male patients with schizophrenia effectively reduces the risk of violence in these patients. Psychiatric nurses can apply this program in the care of male patients with schizophrenia who share similar contexts with the study sample. Additionally, long-term studies may be beneficial in enhancing the safety of both patients and staff in psychiatric wards.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(2) 268-284

Keywords male schizophrenic patients/ aggressive behaviors/ management/ risk of violence/ self-control

Received 16 October 2024, Revised 30 February 2025, Accepted 24 March 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมทั่วไป[1] การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพ มีปัญหาการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ (low self –control)[2] ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าคนปกติถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทชายจะมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิงถึงสองเท่า[3] พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชาย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลและญาติไม่สามารถควบคุมอาการได้ ทั้งการแสดงออกด้านคำพูดที่หยาบคาย ข่มขู่ญาติ พฤติกรรมรุนแรงเอะอะโวยวาย ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น และทำลายสิ่งของ ทำให้ผู้ดูแลและบุคคลรอบข้างเกิดความหวาดกลัว[4] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายมีหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การไม่รับประทานยา การใช้สุราและสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น การถูกตีตราทางสังคม และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดผู้ดูแลหลัก ขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการเข้ารับการรักษาโดยไม่สมัครใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่เป็นส่วนตัว หรือมีสิ่งกระตุ้นจากผู้ป่วยอื่น ทำให้ให้ผู้ป่วยจิตเภทชายเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้[5-7] พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายถือเป็นภัยที่น่ากลัวและอันตรายต่อตนเอง บุคคลรอบข้างและสังคม ก่อให้เกิดการสูญเสียหรือการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจสูงถึงร้อยละ 84.80 จากสถิติข้อมูลการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอุบัติการก่อพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 43.22, 30.36 และ 17.34 ตามลำดับ และยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือทำร้ายตนเอง มุ่งหวังให้เสียชีวิต คิดเป็น ร้อยละ 49.09 และ 33.19 ตามลำดับ[8] สถิติผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปี พ.ศ.2565–2567 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 41.35, 43.00 และ46.16 ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในคือ การก่อพฤติกรรมรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 87.30[9]

พฤติกรรมรุนแรง (violence behavior) ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกของความรุนแรงในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกทางวาจา พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ผู้อื่น และการทำลายสิ่งของ[4] การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายแสดงพฤติกรรมรุนแรงสูงสุดช่วงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและในช่วง 10 สัปดาห์แรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อเหตุรุนแรงมาก่อนจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงซ้ำเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่พบบ่อย คือ การคุกคามทางวาจา การทำร้ายร่างกายกันเองในหอผู้ป่วย และการทำร้ายร่างกายบุคลากรในหอผู้ป่วย[10-11] โดยพยาบาลจิตเวชมีอัตราการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายทางร่างกายและวาจาสูงถึงร้อยละ 62 ภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งปี รองลงมาเป็นวิชาชีพอื่น ๆ มีอัตราการบาดเจ็บร้อยละ 57[12]

สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้บุคลากรด้านจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรม

รุนแรงมาแล้วก็ตาม แต่ก็ยังรู้สึกวิตกกังวลด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และเกิดความเหนื่อยล้าเป็นอย่างมาก เมื่อเทียบกับบุคลากรด้านสุขภาพกลุ่มอื่น[13] ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชได้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยการใช้ยาต้านอาการทางจิตควบคู่กับการบำบัดโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management) โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นการวางแผนการดูแลเฉพาะราย โดยใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่อาจเกิดขึ้น ร่วมกับการใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดที่เน้นความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทพ้นระยะวิกฤติทางจิตเวชแล้ว พยาบาลในหอผู้ป่วยจะมีรูปแบบการให้การปรึกษาและการบำบัดทางจิตสังคมตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[8] ในโรงพยาบาลบางแห่งยังมีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ทีมสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั้งในกลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ[13] ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์ความรุนแรงและสามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการบำบัดรักษาด้วยการใช้ยาทางจิตเวช ร่วมกับการบำบัดทางจิตวิทยาหลายวิธี เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) เพื่อจัดการอารมณ์โกรธ การฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด ดังการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสามารถลดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงได้[14] และการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ติดสุราในชุมชน พบว่า โปรแกรมการกำกับอารมณ์สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราอย่างมีประสิทธิผล[15] นอกจากนี้การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ใช้วิธีการพูดคุยและการสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด[16] อย่างไรก็ตามยังขาดการสนับสนุนด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการวางแผนการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นการเน้นการฝึกทักษะในการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการเชิงรับเมื่อพ้นระยะวิกฤติ อาจเป็นการแก้ไขปัญหาการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่คงทนถาวร ซึ่งยังไม่พบโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ที่เกิดจากการวิเคราะห์เหตุผลของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรุนแรงเป็นพฤติกรรมด้านบวกที่คงทนถาวร ดังทฤษฎีการควบคุมพฤติกรรมโดยเจตนา (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1980)[17] ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากเจตนาและเหตุผลของตัวบุคคล โดยบุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากบุคคลมีความมุ่งมั่นในการควบคุม พฤติกรรมเหล่านั้น ก็จะสามารถเกิดพฤติกรรมได้ตนเองมุ่งหวังได้อย่างคงทนและถาวร เช่น หากผู้ป่วยจิตเภทมองว่า การกระทำพฤติกรรมรุนแรงของตนมี

ผลกระทบเชิงลบต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นสิ่งไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลด้านลบต่อตนเองและคนที่รัก ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านลบให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองต่ำ จะแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีความสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี การการส่งเสริมทักษะในการควบคุมอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการอารมณ์ของตนนำไปสู่การแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (self-control) ของ Rosenbaum (1990)[18] ที่อธิบายว่า บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองด้วยเหตุผล และสามารถจัดการกับอารมณ์เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อความเสี่ยงการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชาย ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมพฤติกรรมโดยเจตนา (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1980)[17] ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบความเชื่อ 3 ประการได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral beliefs) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (control beliefs) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (self control) ของ Rosenbaum (1990)[18] โดยโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทชายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรุนแรง ไปสู่การแสดงออกพฤติกรรมได้เหมาะสม ลดอุบัติการณ์ของพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างยาวนาน และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลง ในระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการควบคุมพฤติกรรมโดยเจตนา (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1980)[17] ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากเจตนาและเหตุผลของตัวบุคคล โดยบุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากบุคคลมีความมุ่งมั่นในการควบคุมพฤติกรรมเหล่านั้น ก็จะสามารถเกิดพฤติกรรมได้ตนเองมุ่งหวังได้อย่างคงทนและถาวร ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบความเชื่อ 3 ประการได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) และ 3) ความเชื่อ

เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง(self-control) ของ Rosenbaum (1990)[18] ที่กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถที่จะละเว้นการกระทำบางชนิด ซึ่งเกิดจากการควบคุมพฤติกรรมด้วยเหตุผลและความอดทน เพื่อให้เกิดผลที่ต้องการ รวมทั้งบุคคลยังมีความสามารถในการจัดการกับภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ และสามารถยับยั้งอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาออกแบบกิจกรรมบำบัดในโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อปรับความเชื่อ ทัศนคติ และมุมมองต่อพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีความเหมาะสมและสังคมยอมรับได้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2) การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 4) การพัฒนาทัศนคติและความเชื่อเชิงพฤติกรรม 5) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง และ 6) การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยกิจกรรมที่ 1 -3 นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[17] ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) ซึ่งเป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และความเชื่อต่อทัศนคติเชิงพฤติกรรม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ตลอดจนวิเคราะห์ผลเสียของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง กิจกรรมที่ 4 และ 5 นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ด้านความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม เพื่อกำหนดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมว่า บุคคลมีความสามารถในการพิจารณาว่าควรแสดงพฤติกรรมหรือไม่ ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990)[18] ที่ช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะควบคุมพฤติกรรมด้วยเหตุผล และกิจกรรมที่ 6 แบบแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการทบทวนวิธีการการบำบัดพฤติกรรมตามแผนที่ได้ฝึกทักษะในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยได้สังเกตและการติดตามอารมณ์ของตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดดีหรือไม่ดี พฤติกรรมใดที่มีคุณค่า และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง นำไปสู่การวางแผนการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหา ฝึกการควบคุมอารมณ์ การแสดงออกอย่างเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท และลดการก่อความรุนแรง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ นำไปสู่การเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข (Figure 1)

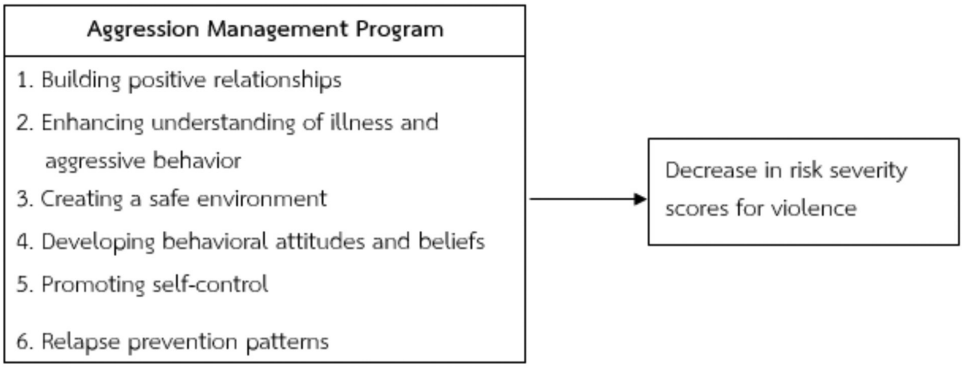


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Quasi-experimental design with two-group repeated measures)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems: ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชาย จำนวน 60 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems: ICD-10) และรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD - 10 3) คะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง Prasri Violence Severity Scale (PVSS) ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง 14 - 32 คะแนน 4) มีอาการทางจิตสงบ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 6) ไม่เคยได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน และ 7) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้การทดสอบสถิติด้วย Two-way ANOVA with Repeated measures กำหนดค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐาน (standardized effect size) 0.3 อำนาจการทดสอบ (Power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ ร้อยละ 80 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α) = .05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 54 คน เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (drop out) ก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[19] เป็นทั้งหมดเป็น 60 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน จากหอผู้ป่วยแห่งที่ 1 แบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ๆ ละ10 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของการทำกลุ่มบำบัดขนาดเล็ก ที่เหมาะสำหรับกลุ่มที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนความคิด และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม[20] และกลุ่มควบคุม 30 คน จากหอผู้ป่วยแห่งที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะการตอบเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย Prasri Violence Severity Scale: (PVSS) พัฒนาโดย หวาน ศรีเรืองทอง และคณะ[21] ประกอบด้วย 9 คำถาม

เป็นมาตรวัดระดับความรุนแรงแตกต่างกันจาก 0-5 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 32 คะแนน ดังนี้ 1) ข้อ 1,3,4 และ5 มีค่าคะแนน 0-3 คะแนน 2) ข้อ 6,7 มีค่าคะแนน 1-4 คะแนน 3) ข้อ 2 มีค่าคะแนน 0-4 คะแนน 4) ข้อ 9 มีค่าคะแนน 1-3 คะแนน และ 5) ข้อ 8 มีค่าคะแนน 1-5 คะแนน จำแนกระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-13 คะแนน) และระดับสูง (14-32 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89[21]

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen[17] ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (self-control) ของ Rosenbaum (1990)[18] ซึ่งโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชาย ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2) การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 4) การพัฒนาทัศนคติและความเชื่อเชิงพฤติกรรม 5) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองและ 6) การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86 ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 50 - 75 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือ วันจันทร์ และพฤหัสบดี รวม 3 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .86 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเนื้อหาและภาษา ก่อนนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมและไม่พบอุปสรรคในการใช้โปรแกรม สำหรับแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้โดยไม่มีการปรับแก้รายละเอียดของเนื้อหา จึงไม่ได้นำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาอีก

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (COA No.09/2567) ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2567 สิ้นสุดวันที่ 12 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับ ความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ และสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ผู้วิจัยนำเสนอวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และหากในระหว่างเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวลใจในการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการกำเริบทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบแล้ว ได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยแล้ว ทีมผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อประชาสัมพันธ์และคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน จากหอผู้ป่วยจิตเวชชาย แห่งที่ 1 และกลุ่มควบคุม 30 คน จากหอผู้ป่วยจิตเวชชายแห่งที่ 2

2. เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองไม่พร้อมกัน และอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 6–8 สัปดาห์ เพื่อป้องกันกลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทีมผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมไม่พร้อมกัน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย กลุ่มที่ 2 ดำเนินการโดยผู้ร่วมวิจัย 1 คน คือ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และกลุ่มที่ 3 ดำเนินการโดยผู้ร่วมวิจัยอีก 1 คน คือ พยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

3. ดำเนินกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสารโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 ท่าน ที่ได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว 6 กิจกรรม จากผู้วิจัย และมีความเข้าใจกระบวนการดำเนินการวิจัยอย่างชัดเจน โดยดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 50 – 75 นาที ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มหอผู้ป่วยจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมที่ 1 –2)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยได้ทำความรู้จักคุ้นเคยในระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นอธิบายลักษณะของโปรแกรมและให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวตามสถานการณ์สมมุติ ร่วมวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 นาที

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมก้าวร้าว ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมแลกเปลี่ยนสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาของตนเอง โดยเล่าถึงสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวและบอกความรู้สึกของตนเองเมื่อได้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นออกมา ผ่านใบงาน “กระจกเงา” เพื่อให้ผู้ป่วยได้สะท้อนปัญหาและสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และบอกความรู้สึกของตนเมื่อแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ใช้เวลาทั้งสิ้น 75 นาที

สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมที่ 3 –4)

กิจกรรมที่ 3 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นการสร้างความเข้าใจเมื่อต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ให้ความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ และให้ผู้ป่วยได้ลองฝึกการควบคุมอารมณ์โกรธ ได้แก่ กำหนดลมหายใจเข้าออกช้า ๆ การนับเลข 1–10 การเบี่ยงเบนความสนใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยเลือกสถานการณ์ความความรุนแรงที่คล้ายคลึงกับการก่อความรุนแรงของตนเอง เพื่อฝึกใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ด้านลบอย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการคิดและการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 นาที

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทัศนคติและความเชื่อเชิงพฤติกรรม เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ผลดีและผลเสียของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ทบทวนเหตุการณ์การสื่อสารกับคนใกล้ชิด ที่ทำให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจกัน จากนั้นการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

นำทักษะการสื่อสารทางบวกไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาทั้งสิ้น 75 นาที

สัปดาห์ที่ 3 (กิจกรรมที่ 5 –6)

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง เป็นกิจกรรมการฝึกค้นหาความภาคภูมิใจในตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงบุคลลที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เช่น คู่สมรส บิดา มารดา ลูก เป็นต้น และสิ่งที่อยากทำให้คนที่รักภาคภูมิใจ ผ่านใบงาน “เชื่อมั่นฉันทำได้” จากนั้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม เพื่อนำไปสู่แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น และกลับออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและบุคคลที่รัก ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 นาที

กิจกรรมที่ 6 การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้ผู้ป่วยทบทวนแนวทางการจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งก่อน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับตนเองในสมุดบันทึกคำมั่นสัญญาลูกผู้ชาย และวางแผนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา ทบทวนการจัดการอารมณ์และการแสดงออกพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ผู้วิจัยเสริมแรงและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงออกพฤติกรรมได้เหมาะสม ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 นาที

4. หลังสิ้นสุดการทดลอง ทีมผู้วิจัยประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมิน PVSS หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ก่อนที่กลุ่มทดลองจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มควบคุม 30 คน จากหอผู้ป่วยแห่งที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) ในวันแรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วย หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) ภายหลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติทันที และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพาราเมตริกของข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนภายในกลุ่ม เมื่อพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA with Repeated Measures)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.62 ปี (SD = 8.98) มีอายุระหว่าง 21–51 ปี สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 75.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.67 และว่างงาน ร้อยละ 55.00 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคจิตเภท ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 56.67 เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 423 ครั้ง (SD = 3.16)

ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.00 นอกจากนี้ ผู้ป่วยทุกคนมีประวัติการดื่มสุรา เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์คะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนอยู่ในระดับสูง (M=21.37, SD=3.59) ระยะสิ้นสุดการทดลองทันที คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (M=12.87, SD=2.30) และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์คะแนนอยู่ในในระดับสูง (M=15.87, SD=3.31) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก่อนการทดลองในระดับสูง (M=21.77, =2.79) ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีในระดับต่ำ (M=3.73, SD=0.64) และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ในระดับปานกลาง (M=6.53, SD=2.81)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำ พบว่า ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 802.246, p<.001) โดยมีขนาดอิทธิพล (Partial h2) เท่ากับ 0.350 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯมีผลต่อความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=127.574, p<.001) ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.308 และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=106.529, p<.001) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.583 (Table 1)

Table 1 Two-way ANOVA with repeated measures of risk of violence (n=60)

Source of Variables	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
Within						
Time	5,837.644	2	2,918.822	802.246	<.001	0.350
Group*Time	928.311	2	464.156	127.574	<.001	0.308
Error	422.044	116	3.638			
Between						
Group	1,632.022	1	1,632.022	106.529	<.001	0.583
Error	888.556	58	15.320			

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยการทดสอบ Bonferroni พบว่า ก่อนทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) รวมทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผล หลังทดลอง 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (Table 2, Figure 2)

Table 2 Multiple comparisons of risks of violence using Bonferroni

Time (I)	Time (J)	Mean difference (I-J)	SE	p
Before	After	13.267	0.350	<.001
	Follow up	10.367	0.344	<.001
After	Follow up	-2.900	0.350	<.001

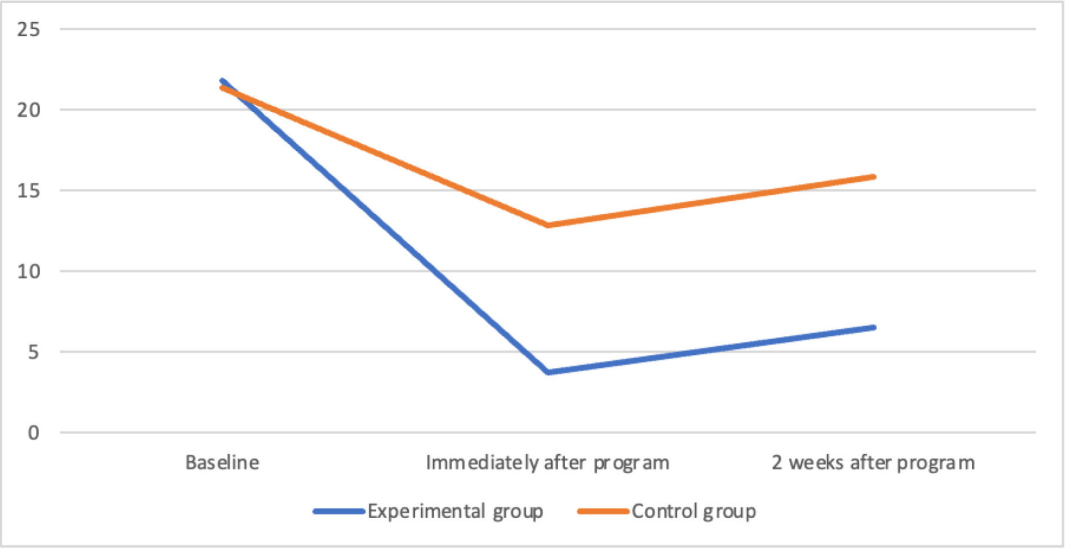


Figure 2 Changes in the risk of violence in the experimental and control groups

การอภิปรายผล

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทชาย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวคิดของทฤษฎีการควบคุมพฤติกรรมโดยเจตนา (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1980)[17] ที่อธิบายถึงเหตุและผลของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จากความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990)[18] ที่อธิบายว่า บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองด้วยเหตุผล ซึ่งเป็นการช่วยเน้นการกำกับควบคุมตนเองให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์นำไปสู่การเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทชายได้เรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งจากการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ทำให้ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง พบว่า มาจากการขาดการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อมีสิ่งกระตุ้น หลังจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกิดความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เรียนรู้การตระหนักรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง เพิ่มทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อว่าการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และไม่ควรกระทำ ตามรายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 –3 นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral beliefs) ซึ่งเป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และ

ความเชื่อต่อทัศนคติเชิงพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ตลอดจนได้วิเคราะห์ผลเสียของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง และ ในกิจกรรมที่ 4-5 นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ด้านความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (control beliefs) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (self-control) ของ Rosenbaum (1990)[19] มาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะควบคุมพฤติกรรมด้วยเหตุผล มีแรงจูงใจและเชื่อในศักยภาพของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้เหมาะสมกับสถานการณ์ ในกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยมีการทบทวนถึงเหตุการณ์ที่สื่อสารกับคนใกล้ชิด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถใช้การสื่อสารทางบวกกับคนในครอบครัว ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทและนำไปสู่การก่อความรุนแรงตามมาบ่อยครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ผู้ป่วยได้ฝึกการสื่อสารทางบวกในสถานการณ์จำลอง โดยใช้ภาษาถิ่น จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ และสามารถถ่ายทอดอารมณ์ออกมาได้อย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ในกิจกรรมยังให้ผู้ป่วยได้ค้นหาบุคคลที่มีอิทธิพลในการดำเนินชีวิต โดยพบว่า บุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วย คือ มารดา ภรรยา และบุตร ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลสำคัญเหล่านี้ยังเป็นผู้ดูแลหลัก และสนับสนุนการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสาเหตุทำให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง[21] การวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตามกิจกรรมที่ 6 จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

การติดตามผลความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ใน 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามค่าคะแนนยังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มทดลองอาจมาจากข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีระยะเวลาการเข้ารับการรักษาและการพ้นระยะวิกฤติที่แตกต่างกัน จึงทำให้ทีมผู้วิจัยไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน 30 คน ทำให้การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสิ้นสุดในเวลาแตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทชาย สามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทลงได้ พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาระยะยาวอาจเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรในหอผู้ป่วยจิตเวชได้

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจทางการพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ประสานงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ทีมวิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

References

1. Ruangtrakool S. Psychiatry Textbook. 10th ed. Bangkok: Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University; 2014.
2. Larson M, Vaughn MG, Salas-Wright CP, Delisi M. Narcissism low self-control and violence among a nationally representative sample. Crim Justice Behav. 2014;42(6): 644-61. Available from: https:// doi:10.1177/009 3854814553097
3. Chan HY, Lu RB, Tseng CL, Chou KR. Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs. 2003;17(2):88-95. https://doi.org/10.1053/ apnu.2003.50001 PMID: 12701086
4. Yudofsky S, Silver JM, Jackson W. Endicott J, Williams D. The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry. 1986;143(1):35-9. https://doi.org/10.1176/ajp. 143.1.35 PMID: 3942284
5. Araya T, Emnet E, Getachew R. Prevalence and associated factors of aggressive behavior among patients with schizophrenia at Ayder comprehensive specialized hospital Ethiopia. BioMed Res Int. 2020;7571939. https://doi.org/10.1155/2020/7571939 PMID: 32280703
6. Li W, Yang Y, Hong L, An FR, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Asian J Psychiatr. 2020;47:101846. https://doi: 10.1016/j.ajp.2019.101846 PMID: 31715468
7. Whiting D., Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022;79(2):120-32. https://doi.org/ 10.1001/jamapsychiatry.2021.3721 PMID: 34935869
8. Department of Mental Health. Guidelines for the care of psychiatric patients at high risk of violence. 2020. Available from: https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20201 0061612167390.pdf (in Thai)
9. Nursing report on psychiatric emergency treatment at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubonratchathani. Annual patient statistics report ;2022.
10. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. Psychiatry (Edgmont). 2008;5(5):34-48. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19727251/ PMID: 1972725
11. Thananchai S, Yunipan J. Factors associated with violent behavior in the community of patients with schizophrenia. Royal Thai Navy Medication Journal. 2019;46(3):31-46. Available from: https://he01.tcithaijo.org/index. php/nmdjournal/article/download/185617/157672/ (in Thai)
12. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, Lundin S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. J Environ Psychol. 2018;57:53-66.. Available from: https:// doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002
13. Kalawa A, Ponrachom C. Development of violent behavior prevention and management program in the tertiary level hospital. Research and Development Health System Journal. 2020;13(3):27-35. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/ article/view/254567 (in Thai)

14. Sirintarangkoon W, Chaichumni N, Yimyuean S. The development of an anger management with mindfullness – based cognitive therapy program for schizophrenic patients having violence behaviors. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;33(3):68-85. Available from: : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/232442/158818 (in Thai)
15. Ruksakul A, Jirarode A, Imkom E. The Effects of an emotion regulation program on the violent behavior of schizophrenia patients with alcohol dpendency in cmmunity. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):91-9. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/252639/177497 (in Thai)
16. Chaiprem M. Violent behavior of psychiatric in-patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.Thai Red Cross Nursing Journal. 2011;4(1): 58-66. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/40056/33057 (in Thai)
17. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior & Human Decision Processes.1991;50(2): 179-211. Available from: https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T
18. Rosenbaum M. Self-control under stress: the role of learned resourcefulness. Advances in Behavior Research and Therapy. 1989;11(4):249-58. Available from: https://doi.org/10.1016/0146- 6402(89)90028-3
19. Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurse. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health; 2000.
20. Thongpradab J. Group therapy in psychiatric patients. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2020;21(1): 56-65. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/215040/164165/ (in Thai)
21. Railoy A, Harabutra T, Saisut K, Kwanmuang W, Sriugsorn N, Kitisrivorapan P. Development of a psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2024;38(1):94-114. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/266557/182674 (in Thai)