นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

เยาวเรศ บุญรัตนสุทโธ*, สถาพร พันพิพัฒน์*, ธนาวุฒิ ขอสุข*✉

*กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว

✉WoodDee.Xcodai@Gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและแผนกจิตสังคมบำบัดของโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มตามโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ จำนวน 5 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin (2009) 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri violence severity scale : PVSS) 4) แบบประเมิน ระดับอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหามีค่า CVI 0.90 และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน IRR = 0.88 และค่า ICC = 0.80 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Two-way ANOVA

ผลพบว่า 1) การบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสามารถลดค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ 2) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (3.65±1.25) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (1.55±2.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p-value<.05

สรุปโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีประสิทธิผลในการลดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, การจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง

Article info:
Received: Apr 27, 2025
Revised: Jun 3, 2025
Accepted: Jul 23, 2025

Original article

The effect of a self-management program for schizophrenic patients on violent severity

Yaowaret Boonrattanasuttho*, Sathaporn Phanphiphat*, Thanawut Khosuk*
*Department of Psychiatry and Drug Dependence Kham Khuean Kaeo Hospital
WoodDee.Xcodai@Gmail.com

Abstract

This study employed a quasi-experimental design to examine the effectiveness of a self-management program on violence severity among patients with schizophrenia. The participants were patients with schizophrenia at high risk of violence (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) admitted to the psychosocial department at Khamkuaenkaew Hospital.

A total of 40 participants were equally assigned to an experimental group (n = 20) and a control group (n = 20). The experimental group received a self-management program for violent behavior over a period of 2 weeks, consisting of five sessions. The research instruments included: (1) a self-management program based on the concept proposed by Ryan and Sawin (2009), (2) a demographic data form, (3) the Prasri Violence Severity Scale (PVSS), and (4) the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). The intervention was validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.90. Inter-rater reliability was 0.88, and the intraclass correlation coefficient (ICC) was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and two-way ANOVA.

The results indicated that the self-management program significantly reduced violence severity scores in the experimental group compared to the control group ($p < .05$). The mean violence severity scores in the experimental group decreased at 2 weeks (3.65 ± 1.25) and further decreased at 4 weeks post-intervention (1.55 ± 2.27).

In conclusion, the self-management program effectively reduced the severity of violence risk among patients with schizophrenia.

Keywords: Schizophrenic patients on violent severity, violent severity self-management

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลก โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 1–1.5 ของประชากรโลก หรือมากกว่า 21 ล้านคน (WHO, 2017) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 587,300 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในผู้ป่วยจิตเวช โรคนี้มีอาการเด่น คือ ความผิดปกติทางความคิด ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมรุนแรง ที่พบได้บ่อย และทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 70 (ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ และคณะ 2562)

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ร้อยละ 24.6 (เวนิช บุราชรินทร์, 2011) ผู้ป่วยบางรายมีความเสี่ยงสูง เช่น มีประวัติทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นใช้สารเสพติด ขาดยา และปฏิเสธการรักษา กลุ่มนี้จัดเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มก่อความรุนแรงมากกว่าโรคจิตเวชอื่นถึงร้อยละ 98 (Bo et al. 2011)

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมีตั้งแต่การใช้คำพูดข่มขู่จนถึงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และสามารถจำแนกความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง (หวาน ศรีเรือนทอง, 2559) ซึ่งส่งผลต่อครอบครัว งบประมาณ และระยะเวลาในการรักษา (เพชรี คันธสายบัว, 2563)

แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาพบว่า มี 6 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความโกรธ การจัดการตนเอง สติบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรม การแสดงออกแบบบทบาทสมมติ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยอิงจากแนวคิด เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเสริมแรงจูงใจ และความเข้มแข็งทางจิตใจ (บูคอรี มะมิง 2566)

งานวิจัยของ Haddock et al. (2009) พบว่าการฝึกควบคุมความคิดเกี่ยวกับความโกรธเป็นเวลา 12 เดือน ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่าง มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนยังขาดทักษะด้านการบำบัดแนวนี้ เพราะไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และข้อจำกัด ในระยะเวลารักษาที่สั้นลงตามนโยบายกรมสุขภาพจิต รวมถึงข้อจำกัดจากการระบาดของโควิด-19

ข้อมูลในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ระหว่างปีงบประมาณ 2562–2564 พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น คือ 113, 102, และ 148 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้ม พฤติกรรมรุนแรงในชุมชนยังมีอยู่สูง

การศึกษาโดย ธิดารัตน์ จิตรมาส และเยาวเรศ บุญรัตนสุทโธ (2563) พบว่า โปรแกรมเสริมแรงจูงใจแบบกลุ่มช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่มีประวัติใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่น (ร้อยละ 73.80) และตนเอง (ร้อยละ 24.80) โดยมีสาเหตุจากการใช้สารเสพติดและขาดการรักษาต่อเนื่อง

แม้จะมีรายงานว่าการบำบัดแบบเร่งรัด เช่น โปรแกรมจัดการตนเองระยะสั้น 2 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ช่วยลดระดับความรุนแรงได้ (เพชรี คันธสายบัว, 2564) แต่ยังขาดการศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน จึงมีแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยลดความเสี่ยง และป้องกันพฤติกรรมรุนแรง โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค ยอมรับตนเอง และมีทักษะในการควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับการบำบัดโดยโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และเปรียบเทียบระดับ ความเสี่ยงต่อระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence SMI-V) มีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกจิตสังคมบำบัดของโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้วจำนวน 102 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 18-60 ปี

2. อาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating มี Scale คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

3. คะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อความรุนแรงในช่วงการรักษาในระดับสูงถึงปานกลางโดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 6-32 คะแนน

4. ยินยอมร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclude criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง

2. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

โดยขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power Version 3.1.9.7 ทดสอบด้วยสถิติ menan: difference between two independent means (two Group) ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบของเพชรี คันธสายบัว (2563) และพยุงศักดิ์ ฟางแก้ว (2558) ค่าเฉลี่ย effect size d =.82 กำหนดค่า α err prob = .05 ค่า power (1-β err prob =.08 ทั้งหมด 40 คนแบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย ได้แก่ 1) เพศ 2) ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาวิจัยในระหว่างวิจัยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึง ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin (2009) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาล 3 แนวคิด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวใน 1 ปี ประวัติการใช้สารเสพติดใน 1 ปี

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri violence severity scale: PVSS) เป็นเครื่องมือมาตรวัดแบบให้คะแนน ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ (หวาน ศรีเรือนทอง 2559) การแปลผล คะแนน 1-5 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย คะแนน 6-3 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และคะแนน 14-32 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

3. เครื่องมือในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินระดับอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) (กรมสุขภาพจิต 2563) การแปลผล คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 18-126 คะแนน คะแนนรวม < 36 คะแนน อาการอยู่ในระดับน้อย คะแนนรวม 36 คะแนน อาการอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบประเมินหาค่าความเที่ยงโดย การหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (IRR) โดยประเมินอาการผู้ป่วย 3 ครั้ง ครั้งละ 1 คนในเวลาเดียวกันบันทึกคะแนนจึงมาคำนวณความเที่ยงด้วยสูตร (Burns & Grove) ค่า IRR ≥ 0.80 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภาษา ความชัดเจนของภาษา ด้วยการหาค่า CVI (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เตรียมเครื่องมือที่ในการวิจัย เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยพบหัวหน้าห้องฉุกเฉิน หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนกิจกรรม

2. ระยะก่อนดำเนินการทดลอง (Pretest) เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน เยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย ภายใน 1 สัปดาห์ หรือหลังจากประเมินระดับความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงภายใน 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) เริ่มตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างรับการตรวจรักษากำหนดเป็นก่อนทดลอง (T1) ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน BPRS ≤ 36 คะแนนกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง

3. ระยะดำเนินการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังพบแพทย์ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้แบบประเมิน 9 ด้าน การให้ความรู้เรื่องโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการ สัญญาณเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง

4. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง (posttest) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทยในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าฐานนิยม ข้อมูลค่าเฉลี่ยแบบประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อความรุนแรงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Repeated-measurse analysis of variance (Two-way ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2566 ลำดับที่ 6506/2565 เลขที่ HE 6506

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 85.00 อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 41-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.00 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 100.00 และมีประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ 1 ครั้ง

2. ประสิทธิผลของโปรแกรม ก่อนทดลอง (T1) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติในระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ($p = 0.12$) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และ 4 สัปดาห์ (T3) กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1 และภาพที่ 1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 80 หลังทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองยังคงมีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 95 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความเสี่ยงลดลงแต่ยังอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 65 (ตารางที่ 2)

3. ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดอิทธิพลในการลดระดับความเสี่ยงหลังทดลอง 2 สัปดาห์ (Partial $\eta^2 = 0.52$) และ 4 สัปดาห์ (Partial $\eta^2 = 0.58$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลสูง

สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิผลในการลดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลและชุมชนต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) อายุระหว่าง 31–40 ปี (ร้อยละ 40) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวภายใน 1 ปีทุกราย และมีประวัติใช้สารเสพติดประเภทยาบ้าถึงร้อยละ 70 โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับเวนิช บุราชรินทร์ (2563) ที่พบว่าเพศชายที่ใช้สารเสพติดและดื่มสุรามักไม่ร่วมมือในการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง (Citrome & Volavka, 2015; Witt et al., 2013)

การใช้สารเสพติดและการมีอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการหลงผิดหวาดระแวง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมรุนแรง (Abushua'leh & Abu-Akel, 2006; Darrell-Berry et al., 2016; Fazel et al., 2009) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงบิดเบือน จะเพิ่มระดับความเครียดและลดการควบคุมตนเอง

ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองมีประสิทธิผลในการลดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังทดลอง 2 และ 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางจิตและลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างยั่งยืน

การบำบัดนี้ออกแบบโดยอิงแนวคิดการจัดการตนเอง (Ryan & Sawin, 2009) แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด (Peplau, 1991) และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Brown, 2015) รวมถึงแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Yalom, 1995) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เรียนรู้การเข้าใจตนเอง และพัฒนาทักษะควบคุมอาการทางจิตได้ดียิ่งขึ้น

งานวิจัยของ Matsuda & Kohno (2016) และ Lean et al. (2019) สนับสนุนผลลัพธ์นี้ โดยพบว่าการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองช่วยลดอาการทางจิต เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และลดระยะเวลาเข้ารักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ งานวิจัยของเพชรี คันธสายบัว (2563) และบูคอรี มะมิง กับวินีกาญจน์ คงสุวรรณ (2566) ยังชี้ว่าแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปผลการวิจัย

1. การบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อระดับความรุนแรงมีประสิทธิผลต่อการลดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้

2. กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับการบำบัดโดยโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรจัดให้มีโปรแกรมการจัดการอาการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะกลางและในคลินิกด้านจิตเวช และสถานบริการในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อระดับความรุนแรง

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรนำโปรแกรมมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และมีระบบติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เช่น 3 เดือน 6 เดือน วิจัยต่อยอดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำอันมีค่า ขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่สนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

Abushua'leh, K., & Abu-Akel, A. (2006). Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 143*, 205–211.

Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 31*, 711–726.

Brown, W. N. (2015). *Psychoeducational groups: Process and practice*. Routledge.

Bukhori, M., & Waneekarn, K. (2023). A model for managing aggressive behavior in patients with schizophrenia: A systematic literature review. *Journal of Princess of Naradhiwas University, 5*, 62–97.

Citrome, L., & Volavka, J. (2015). Preventing violence in patients with schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry, 2*, 182–191.

Darrell-Berry, H., Berry, K., & Bucci, S. (2016). The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research, 172*, 169–176.

Department of Mental Health. (2020). *A manual for the care system for psychiatric patients at high risk of violence*. Prosperous Plus.

Dorn, R. V., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 487–503.

Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R. W., & Tarrier, N. (2009). Cognitive behavioural therapy... *British Journal of Psychiatry, 194*, 152–157.

Lean, M., et al. (2019). Self-management interventions... *British Journal of Psychiatry, 214*, 260–268.

Matsuda, M., & Kohno, A. (2016). Effects of psychoeducation... *Archives of Psychiatric Nursing, 30*, 581–586.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing*. Springer.

Petcharai, K. (2020). Development of integrated nursing therapy... *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, 14*, 55–81.

Phayungsek, F. (2019). The effect of thought restructuring... *Journal of Psychiatric Nursing, 33*, 53–69.

Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory... *Nursing Outlook, 57*, 217–225.

Sriruenthong, W., Kongsuk, T., Sukkhawha, S., Lodhatanong, T., & Leejongpermpoon, J. (2016). Development of a violence severity assessment scale for psychiatric patients with severe symptoms. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 61*(3), 253–266.

Thidarat, J., & Yaowaret, B. (2021). The effect of a group motivational program... *Journal of Medicine and Public Health, 8*, 48–59.

Thitinun, O., Sunida, P., & Ratchaneekorn, U. (2019). Family participatory program... *Journal of Psychiatric Nursing, 33*, 56–66.

Venich, B. (2011). *Selected factors associated with violent behavior...* (Master's thesis).

Witt, K., Dorn, V. R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence... *PLoS ONE, 8*(2), e55942.

World Health Organization. (2017). *Schizophrenia*.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.

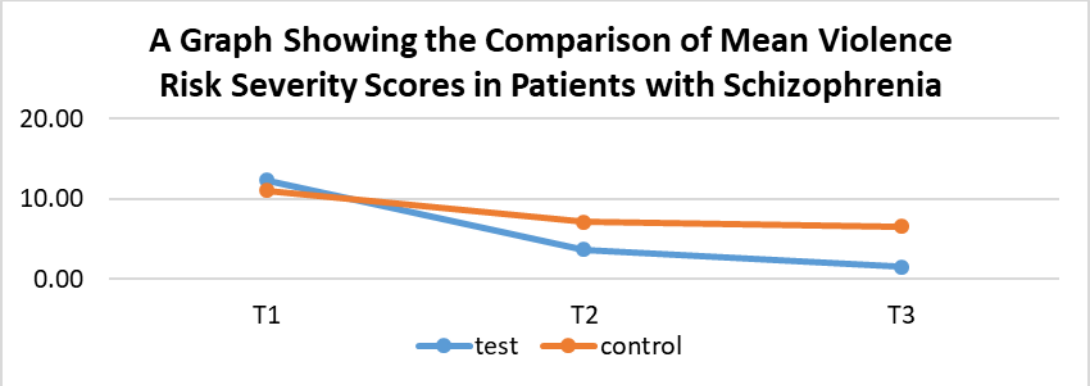


Figure 1. Comparison of the Mean Levels of Violence Risk Severity in Patients with Schizophrenia in the Experimental and Control Groups at Pre-Intervention (T1), 2 Weeks Post-Intervention (T2), and 4 Weeks Post-Intervention (T3)

Table 1 Pairwise Comparisons of Mean Violence Risk Severity Scores in Patients with Schizophrenia Between Time Points for the Experimental Group (n=20) and the Control Group (n=20)

		Mean Difference	sig	95% CI	
				Lower	Upper
Comparison Between Time Points (Within Groups)					
Pre-Intervention (T1)	Post-Intervention 2 Weeks (T2)	6.27	.00*	5.158	7.392
	Post-Intervention 4 Weeks (T3)	7.60	.00*	6.226	8.974
Post-Intervention 2 Weeks (T2)	Post-Intervention 4 Weeks (T3)	1.325	.00*	.603	2.047
Comparison Between Groups (Overall)					
Experimental Group	Control Group	7.025	.00*	6.519	7.531

*p-value < 0.05

Table 2 Comparison of Differences in Violence Risk Severity Levels Between the Experimental Group (n= 20) and the Control Group (n=20) at 2 Weeks Post-Intervention (T2) and 4 Weeks Post-Intervention (T3)

Group / Time Point	Violence Risk Severity Level, n (%)		p-value
	Low (0-5 points)	Moderate-High (6-32 points)	
2 Weeks Post-Intervention (T2)			
Experimental Group (n=20)	20 (100.00%)	0 (0%)	< .001*
Control Group (n=20)	4 (20.00%)	16 (80.00%)	
4 Weeks Post-Intervention (T3)			
Experimental Group (n=20)	19 (95.00%)	1 (5.00%)	< .001*
Control Group (n=20)	7 (35.00%)	13 (65.00%)	

*p-value < .05, Fisher exact test