



การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลัน

รักสุดา กิจอรุณชัย, พ. บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์แบบเฝ้าระวัง SAFE precaution (Suicide Accident Fighting and Escape) แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจริงในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาล โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ถึง 31 ธันวาคม 2547 ผลการศึกษา มีผู้ป่วยจำนวน 421 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 60.6 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 63.5 อัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเท่ากับร้อยละ 20.9 ผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลันที่มีปัจจัยเสี่ยงเมื่อประเมินด้วยความเห็นของจิตแพทย์และค่าคะแนน BPRS ในกลุ่มความรู้สึกไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกระแวงมีค่าน้ำหนักสูงกว่า 13 คะแนน มีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว 10 เท่า ($OR = 10.5, 95\% CI = 3.8-29.0$) และ 1.7 เท่า ($OR = 1.7, 95\% CI = 1.0-3.0$) สรุป การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจริงในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ทำนายเหตุการณ์ได้ดีกว่าแบบประเมินอาการทางจิต BPRS และ SAFE

คำสำคัญ : การประเมินภาวะเสี่ยง พฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลัน

*โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต



Risk assessment for violence in acute psychiatric patients

*Raksuda Kitaroonchai, M.D. **

Abstract

This study was to examine the association between the risk assessment by psychiatrists, SAFE precaution (Suicide, Accident, Fighting and Escape), Brief Psychiatric Rating scale (BPRS) and the actual violence during first two weeks admission. The medical records of 421 in-patients admitted to Srithaya Hospital during December 2004 were analysed. There were 60.6 % male, 63.5% diagnosed of schizophrenia. The actual violence within first 2 weeks of hospitalization was 20.9 %. Patients, who had been positive assessed by psychiatrist and more than 13 score of BPRS on hostile, uncooperativeness, suspiciousness item, developed violence 10 times (OR = 10.5, 95 % CI = 3.8-29.0) and 1.7 times (OR = 1.7, 95 % CI = 1.0–3.0) higher than those without risks. In conclusion, risk assessment for violence in acute psychiatric patients predicted by psychiatrist was more reliable than bedside psychometric tests.

Key words : risk assessment, violence, acute psychiatric patients.

**Srithanya Hospital, Department of Mental Health.*

บทนำ

พฤติกรรมรุนแรง เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยจิตเวชชนิดรุนแรง แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาความชุกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคใน Axis I ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Third edition (DSM-III) พบว่าสูงกว่าประชากรทั่วไป 5 เท่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า หรือโรคไบโพลาร์ พบร้อยละ 11 ถึง 13 และในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหรือสุราพบร้อยละ 25 ถึง 35¹ จิตแพทย์และทีมผู้รักษาถูกคาดหวังว่าสามารถประเมินและคาดการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ เพื่อวางแผนการรักษาและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองหรือต่อบุคลากรที่ดูแล นอกจากนี้ในหลายประเทศที่มีกฎหมายสุขภาพจิต การประเมินและทำนายภาวะรุนแรงมีความสำคัญต่อการตัดสินใจใช้วิธีบังคับรักษาแม้ผู้ป่วยไม่ยินยอม หรือใช้ประกอบการตัดสินใจพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของประชาชนในชุมชน²⁻⁵

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการรุนแรงและเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง⁶ จากข้อมูลของคณะกรรมการที่มนำด้านการบริหารความเสี่ยง⁷ พบว่าช่วงเดือนมกราคม ถึง กันยายน 2547 มีรายงานอุบัติการณ์เรื่องพฤติกรรมรุนแรงมากถึง 282 ครั้ง เรื่องผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 14 ครั้ง และจากรายงานของคณะกรรมการพิจารณาทำพินัยกรรมเจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน พบว่าในปีงบประมาณ 2547 มีเจ้าหน้าที่บาดเจ็บรุนแรงและได้รับค่าทำขวัญจำนวน 38 ราย เกือบทั้งหมด เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2546 โรงพยาบาลมีระบบการประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล⁸ โดยใช้ความคิดเห็นของแพทย์ เฝ้าระวังความเสี่ยงด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย (suicide) เกิดอุบัติเหตุ (accident) ทะเลาะวิวาท (fighting) และหลบหนี (escape) เรียกย่อๆว่า SAFE precaution และประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา) สิ่งทีคาดหวังคือระบบการประเมินดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมรุนแรงที่จะเกิดของผู้ป่วยที่รักษาในแผนกผู้ป่วยในได้

การศึกษาของ McNiel⁹ ในปี 1995 ที่ประเมินระดับของความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง หลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์พบค่าความไวเท่ากับร้อยละ 67 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 69 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ การวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภท แมเนีย หรือโรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง และอาการทางจิตในกลุ่ม hostility, uncooperativeness และ suspiciousness และกลุ่ม depression, guilt feeling และ anxiety อย่างไรก็ตามมีรายงานถึงปัญหาความเที่ยงตรงของการประเมินและคาดการณ์ภาวะรุนแรงโดยใช้ตามความคิดเห็นของจิตแพทย์และเครื่องมือประเมินภาวะรุนแรงต่างๆ กับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงพบว่า มีคาดการณ์ผิดมากกว่าถูก² สาเหตุอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษาต่างๆ ซึ่งกำหนดค่านิยมที่กว้างและไม่ชัดเจน หรือการศึกษาในสถานะแวดล้อมแตกต่างกัน เช่น พฤติกรรมรุนแรงในแผนกผู้ป่วยในตึกแรกรับ (acute inpatient ward) หรือในชุมชน³

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงโดย SAFE precaution และแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution กับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งศึกษาถึงตัวปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงใน

แผนกผู้ป่วยในแรกรับ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการประเมินและคาดการณ์พฤติกรรมรุนแรง เพื่อวางแผนการรักษาและป้องกันพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ถึง 31 ธันวาคม 2547 โดยมีจิตแพทย์ 2 คน เป็นผู้เก็บข้อมูลจิตแพทย์ผู้ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นคนละคนกับจิตแพทย์ผู้ประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ International Classification of Disease (ICD-10) ระยะเวลาความเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล ผู้นำส่ง ข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประวัติพฤติกรรมรุนแรงในช่วงก่อนมารักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมรุนแรงและอาการทางจิต ได้แก่

1. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหมายถึงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ได้แก่ การทำร้ายผู้อื่น การทำร้ายสิ่งของ การคุกคามต่อผู้อื่น การแสดงความก้าวร้าวทางวาจาและมีข้อบ่งชี้ในการอยู่โรงพยาบาลที่ระบุไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกดังนี้คือ self harm or suicide, harmful or

homicide และ aggression, severe agitation, disruptive behavior ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหมายถึงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่ชัดเจนหรือสูญเสียการควบคุมตนเอง เช่น พฤติกรรมวีนี ส่งเสียงดัง หรือตะโกน โดยพฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้เป็นการแสดงออกต่อบุคคลหรือสิ่งของและมีข้อบ่งชี้ในการอยู่โรงพยาบาลที่ระบุไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกดังนี้คือ severe psychosis or depression, poor self-care, no caregiver, extra pyramidal side effect

2. การประเมินโดยใช้แบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution⁹ ซึ่งเป็นแบบเฝ้าระวังตามมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยมีเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide = S) การได้รับอุบัติเหตุ (accident = A) พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior = F) หลบหนี (escape = E) โดยพยาบาลที่หอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน การที่ประเมินว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ว่าผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินว่าต้องให้การเฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิดอย่างเข้มงวด คือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (S) หรือการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (F) อย่างน้อย 1 อย่าง

3. การประเมินอาการทางจิตด้วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)¹⁰⁻¹² คะแนนที่ได้จากแบบประเมิน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) และความรู้สึกระแวงมีคนอื่นร้าย (suspiciousness)

กลุ่มที่ 2 ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) และอาการซึมเศร้า (depression)

กลุ่มที่ 3 ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) และเนื้อความคิดผิดปกติ (unusual thought content)

กลุ่มที่ 4 ความตึงเครียด (tension) และอาการ ตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement)

กลุ่มที่ 5 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect) ผู้ประเมิน BPRS คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วย ซึ่งผ่านการอบรมวิธีการใช้แบบ ประเมินวิธีการให้คะแนน (0 คือไม่มีอาการ 1 คือ มี อาการน้อย 4 คือ มีอาการปานกลาง 7 คือ มีอาการมาก) ตามเอกสารแบบประเมิน BPRS ฉบับโรงพยาบาล ศรีษะเกษ¹² ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมิน BPRS ของ Overall และ Gorham¹⁰ เพิ่มเติมคำอธิบายด้านอาการ วิทยาและวิธีการให้คะแนนตามแบบประเมินอาการ ทางบวกและอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) ฉบับภาษาไทย¹¹ และทดลองฝึก ให้คะแนนตามอาการที่ตรวจพบ จนมีความเที่ยงตรง ก่อนนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยใช้การประเมิน ของจิตแพทย์ 3 คน ที่มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปี ขึ้น ไป เป็นมาตรฐานสำหรับการอ้างอิง (gold standard)

4. พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการอยู่ในโรงพยาบาลใช้วิธีทบทวน จากเวชระเบียนผู้ป่วยในในส่วนการบันทึกของ พยาบาล โดยจำแนกพฤติกรรมรุนแรงตาม Overt Aggressive Scale¹³ ออกเป็น 4 ประเภท คือ การทำร้าย ผู้อื่น การทำลายข้าวของ การทำร้ายตนเอง และการ ก้าวร้าวทางวาจา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าข่ายพฤติกรรม 4 ประเภทข้างต้นจะต้องมีการใช้วิธีการจัดการพฤติกรรม ที่รุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง¹⁴ เช่นการห้ามปรามด้วย วาจา การผูกมัด การใช้ห้องแยก และการใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล ทางคลินิกใช้สถิติความถี่ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยทางคลินิกและคะแนนจาก แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ระหว่างกลุ่มที่เกิด และ ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 2 สัปดาห์แรกของ

การอยู่โรงพยาบาลโดยใช้ one-way ANOVA การ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ของการประเมิน ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความ เห็นของจิตแพทย์ แบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE pre-caution และคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต BPRS ที่มีต่อโอกาสการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาลใช้ binary logistic regression

ผล

มีผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตามช่วงเวลาที่กำหนด จำนวน 421 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 อายุเฉลี่ย 38.8 ± 14.6 ปี มีระยะเวลาความ เจ็บป่วยเฉลี่ย 8.1 ± 8.6 ปี จำนวนครั้งของการอยู่ โรงพยาบาลเฉลี่ย 2.7 ± 2.8 ครั้ง วันนอนโรงพยาบาล ครั้งนี้เฉลี่ย 35.4 ± 29.2 วัน การวินิจฉัยโรคเป็น paranoid schizophrenia ร้อยละ 31.4, undifferentiated schizophrenia ร้อยละ 32.1 ข้อบ่งชี้ในการอยู่โรงพยาบาล เพราะมีภาวะ aggression, severe agitation, disruptive behavior ร้อยละ 59.5 ภาวะ harmful, homicide ร้อยละ 5.9 ภาวะ self harm, suicide ร้อยละ 4.5 อัตราการเกิด พฤติกรรมรุนแรงในขณะที่อยู่โรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 20.9 (88 คน) โดยเป็นเพศชายร้อยละ 63.6 (56 คน) เพศหญิงร้อยละ 36.4 (32 คน) มีพฤติกรรมรุนแรงทาง วาจาร้อยละ 50 (44 คน) พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ร้อยละ 42 (37 คน) พฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุ ร้อยละ 4.6 (4 คน) และพฤติกรรมรุนแรงต่อตัวเอง ร้อยละ 3.4 (3 คน) ผู้ป่วย จำนวน 55 ราย ร้อยละ 13 มีพฤติกรรม ก้าวร้าว ไม่สามารถจำแนกกว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงตาม Overt aggressive scale¹³ ที่แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ประเภท คือ การทำร้ายผู้อื่น การทำลายข้าวของ การทำร้ายตนเอง และการก้าวร้าวทางวาจา และผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านี้ทางทีมผู้ดูแลประเมินว่ามีความ เสี่ยงจึงได้จัดการบางอย่าง คือการให้ยาฉีด haloperidol

หรือการผูกมัดจำนวน 37 ราย การให้ยาฉีด zuclopenthixol acetate จำนวน 3 ราย และการรักษาด้วยไฟฟ้าภายใน 48 ชม. จำนวน 5 ราย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยทางคลินิกและคะแนน BPRS ระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงมีคะแนน BPRS เฉลี่ยในกลุ่มความไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกกระแวม มีคนมุ่งร้ายเท่ากับ 15.7 ± 5.0 กลุ่มที่ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงมีคะแนน BPRS เฉลี่ยในกลุ่มความไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกกระแวม มีคนมุ่งร้ายเท่ากับ 12.1 ± 5.6 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัย

ทางคลินิกต่างๆ และคะแนน BPRS ในกลุ่มอื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1 เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนน BPRS เฉลี่ยในกลุ่มความไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกกระแวม มีคนมุ่งร้ายระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยจึงนำคะแนน BPRS เฉลี่ยในกลุ่มความไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกกระแวม มีคนมุ่งร้ายมาคำนวณหาจุดตัด (cut-off point) โดยใช้วิธี receiver operating characteristic (ROC) curve ซึ่งไม่ได้แสดงรายละเอียดในที่นี้ได้จุดตัดที่คะแนนตั้งแต่ 14 ขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกและค่าคะแนน BPRS ของกลุ่มที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงและไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

	กลุ่มที่เกิดพฤติกรรมรุนแรง (n = 88)		กลุ่มที่ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง (n = 333)		F	p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อายุ (ปี)	39.1	13.8	38.8	14.8	0.04	0.84
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	10.1	9.7	8.2	8.2	3.48	0.06
จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล (ครั้ง)	3	3.4	2.7	2.7	0.67	0.41
วันนอนโรงพยาบาลครั้งนี้อยู่ (วัน)	40.2	29.7	34.2	29.1	2.98	0.08
ค่าคะแนน BPRS เฉลี่ย	15.7	5	12.1	5.6	31.40	0.00*
- hostile, uncooperativeness, suspiciousness						
- guilt feeling, anxiety, depreess	9.9	3.5	9.6	4.1	0.49	0.48
- conceptual disorganization, hallucination, unusual thought content	13.8	4.8	12.7	5.1	3.33	0.07
- tension, excitement	9.5	3.5	8.8	3.1	3.54	0.06
- motor retardation, emotional withdrawal, blunt affect	8.8	4.2	8.4	4.5	0.54	0.46

จากการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของจิตแพทย์พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวน 279 คน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำมีจำนวน 142 คน ความไวเท่ากับร้อยละ 94.3 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 41.1 การประเมินโดยใช้แบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวน 402 คน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำมีจำนวน 19 คน ความไวเท่ากับร้อยละ 97.7 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 5.1 คะแนน BPRS เฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกระแวงมีคนมุ่งร้ายที่คะแนนตั้งแต่ 14 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงสูงพบว่า

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวน 217 คน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำมีจำนวน 204 คน ความไวเท่ากับร้อยละ 71.6 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 53.7 ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงอย่างมีนัยสำคัญ คือ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ ($OR = 10.5, 95\% CI = 3.8-29.0$) และค่าคะแนน BPRS ในกลุ่มความรู้สึกละเลยไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกระแวงมีคนมุ่งร้าย จุดตัดที่คะแนนตั้งแต่ 14 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงสูง ($OR = 1.7, 95\% CI = 1.0-3.0$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ แบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution และคะแนน BPRS

การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิด พฤติกรรมรุนแรง	พฤติกรรม รุนแรง ที่เกิดขึ้น		ค่า ความไว	ค่าความ จำเพาะ	positive predictive value	negative predictive value	Odd ratio	
	เกิด	ไม่เกิด					OR	95% CI
	+	-						
	TP	FN						
ความเสี่ยงสูง								
ความเสี่ยงต่ำ	FP	TN						
การประเมินโดยใช้	83	196	94.3	41.1	29.7	92.4	10.5	3.8 - 29.0
ความเห็นของจิตแพทย์	5	137						
การประเมินโดยใช้	86	316	97.7	5.1	21.4	89.5	0.5	0.1-2.6
SAFE precaution	2	17						
แบบประเมิน BPRS ในกลุ่มอาการ	63	154	71.6	53.7	29.0	87.7	1.7	1.0- 3.0
hostile , uncooperative ,	25	179						
suspiciousness *								

* ค่าคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ อัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลเท่ากับ ร้อยละ 20.9 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของต่างประเทศ¹⁵ ที่พบอัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในแผนกผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 15 ถึง 28 ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างวิธีประเมินความเสี่ยงกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงพบว่า การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์และการประเมินโดยใช้แบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 94.3 และ 97.7 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าสูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักได้รับการประเมินแล้วว่ามี ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจึงถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทำให้ค่าความไวสูง ค่าความจำเพาะของการประเมินโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์เท่ากับร้อยละ 41.1 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ค่าความจำเพาะของแบบเฝ้าระวัง SAFE precaution เท่ากับร้อยละ 5.1 อยู่ในระดับต่ำมาก สาเหตุที่ทำให้การประเมินของจิตแพทย์มีค่าความจำเพาะสูงกว่าเนื่องมาจากการประเมินของจิตแพทย์นำข้อมูลจากหลายด้าน และข้อมูลมีความละเอียดมากกว่าแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution เช่น ประวัติปัจจุบันจากผู้นำส่งด้านการมีพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับการตรวจสภาพจิตผู้ป่วย ทำให้มีความแม่นยำในการคาดการณ์มากกว่า¹⁶⁻¹⁸ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้ค่าความจำเพาะของการประเมินทั้ง 2 แบบต่ำ เพราะมีผู้ป่วยบวกเท็จจำนวนมากคือ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงแล้วได้รับการจัดการบางอย่างทันทีที่หลังอยู่โรงพยาบาล เช่น การได้ยาคิดในกลุ่ม haloperidol หรือ zuclopenthixol acetate การผูกมัด การใช้ห้องแยกหรือการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงจึงทำให้มีการประเมินเป็นบวกเท็จ ส่งผลทำให้ค่าความจำเพาะต่ำ อนึ่งแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution ถึงจะมีผู้ป่วยบวกเท็จ

จำนวนมากแต่ในทางปฏิบัติการพลาดจากการเฝ้าระวังแล้วทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงก่อให้เกิดผลเสียมากกว่า ดังนั้นการเกิดผลบวกเท็จให้ผลเสียน้อยกว่าการเกิดผลลบเท็จมาก¹⁹ ซึ่งในการศึกษานี้จากการประเมินของจิตแพทย์มีผู้ป่วยลบเท็จจำนวน 5 รายในจำนวนนี้ 4 รายมีข้อบ่งชี้ในการอยู่โรงพยาบาลคือ severe psychosis อีก 1 รายมีอาการ extrapyramidal side effect และทั้งหมดไม่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้จิตแพทย์ประเมินให้มีความเสี่ยงต่ำ

ถ้าเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาของ McNiel⁵ ซึ่งเป็นการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์เหมือนกัน พบว่า การศึกษาครั้งนี้มีค่าความไวสูงกว่าและค่าความจำเพาะต่ำกว่าของ McNiel เกิดจากมีความแตกต่างในด้านเกณฑ์การพิจารณาว่าผู้ป่วยใดมีความเสี่ยงสูงหรือเสี่ยงต่ำ ลักษณะของผู้ป่วยที่ต่างกันในการศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 63.5 แต่ของ McNiel มีเพียงร้อยละ 30 และระยะเวลาที่ใช้ในการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมรุนแรงไม่เท่ากัน ของการศึกษานี้เท่ากับ 2 สัปดาห์ ส่วนของ McNiel เท่ากับ 1 สัปดาห์ เมื่อระยะเวลาที่ใช้ในการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมรุนแรงนานขึ้นโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงก็สูงขึ้น

การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์และค่าคะแนน BPRS ในกลุ่มความไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือความรู้สึกกระแวมักมีคนมุ่งร้ายที่คะแนนตั้งแต่ 14 ขึ้นไปถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (OR = 10.5, 95% CI = 3.8 - 29.0, OR = 1.7, 95% CI = 1.0 - 3.0 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ^{5,18} หากพิจารณาค่า odd ratio ของการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์พบว่ามีความสูงถึง 10.5 เท่า ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมรุนแรงก่อนมา

โรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาอื่น^{5, 16-18} พบว่าการมีพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ให้ความสำคัญกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มอาการความไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกกระแวมมีคนมุ่งร้าย ถือเป็นกลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptom) ซึ่งมีแนวโน้มจะพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและเป็นกลุ่มอาการที่ตรวจพบได้ชัดเจนจึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้งานจริงโดยพยาบาลสามารถนำค่าคะแนน BPRS ในกลุ่มนี้ประกอบการคาดการณ์เพื่อวางแผนป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution ให้มีความจำเพาะมากขึ้นเนื่องจากแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution ใช้ง่ายกว่าแบบประเมิน BPRS

สรุป

การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ สามารถคาดการณ์พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงได้แม่นยำกว่าการประเมินโดยแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงคือการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยความเห็นของจิตแพทย์และค่าคะแนน BPRS ตั้งแต่ 14 ขึ้นไป ในกลุ่มความรู้สึกไม่เป็นมิตร การไม่ร่วมมือ ความรู้สึกกระแวมมีคนมุ่งร้าย ทำนายพฤติกรรมรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยระยะเย็บปล้นได้ดีกว่าการประเมินด้วย SAFE เนื่องจากความเห็นของจิตแพทย์นำประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาลมาใช้พิจารณาประกอบการตรวจสภาพจิตผู้ป่วย²⁰

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ

1. เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการใช้วิธีทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยอาจขาดความครบถ้วนของข้อมูลบางอย่าง

2. อัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในการศึกษานี้เป็นอัตราที่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยระยะเย็บปล้น ในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาลไม่ใช่ความชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยทั่วไป

3. แบบเฝ้าระวังความเสี่ยง SAFE precaution ก่อนข้างมีความจำเพาะต่ำมาก อาจไม่เหมาะที่จะใช้นำมาเปรียบเทียบกับ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ความเห็นของจิตแพทย์ แต่แบบเฝ้าระวังนี้มีลักษณะเหมาะกับการใช้ในการปฏิบัติงานจริงที่หอผู้ป่วย เนื่องจากมีความไวสูงมากและการใช้แบบเฝ้าระวังง่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงาน คือ มีการใช้สัญลักษณ์สีแทนระดับความเสี่ยง ความหมายของสัญลักษณ์สีคือ สีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต้องให้การเฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิดอย่างเข้มงวด สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต้องให้การเฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต้องให้การเฝ้าระวังและดูแลตามปกติ ไม่ต้องคิดเทปสี^{6,9}

เอกสารอ้างอิง

1. Lewis DO. Adult antisocial behavior, criminality and violence. In : Sadock BJ, Sadock VA eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: William & Wilkin; 2005. p. 2258-72.
2. Monahan J. Risk assessment among the mentally disordered: generating useful knowledge. Int J law Psychiatry 1988;11:249-57.
3. Steadman HJ, Mulvey E, Monahan J, Robbin PC, Appelbaum PS, Grissot et al. Violence by people discharges from acute psychiatric inpatient facilities and by other in the same neighborhoods. Arch of Gen Psychiatry 1988;55:393-401
4. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. Am J Psychiatry 1991;148:1532-65.
5. McNiel DE, Binder RL. Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric in patients' risk of violence. Am J Psychiatry 1995;152:901-6.

6. อรรถธรณ ศิลปกิจ. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช : กรณี โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;13:49-56.
7. ทีมนำบริหารความเสี่ยง, ความเสี่ยงทางคลินิก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต, 2547.
8. Lagos JM, Perlmutter K, Saexinger H. Fear of the mentally ill: empirical support for the common man's response. Am J Psychiatry 1977;134:1134-7.
9. ทีมนำทางคลินิก. มาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย (SAFE precaution) นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต; 2547.
10. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962;10:799-812.
11. ธนา นิลชัยโกวิทย์. เกณฑ์การให้คะแนน PANSS-T ใน : ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นออนงค์, พิเชฐ อุคมรัตน์ บรรณาธิการ. Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T). กรุงเทพมหานคร; 2545.
12. ทีมนำทางคลินิก. แบบวัดระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต; 2547.
13. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, William D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry 1986;143:35-9.
14. Tardiff K. Violence In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. The American Psychiatric press textbook of psychiatry. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc; 2005. p. 1405-27.
15. Otto RK. Prediction of dangerous behavior: a review and analysis of "second generation" research. Forensic Report 1992;5:103-33.
16. Werner PD, Rose TL, Yesavage JA, Seeman K. Psychiatrists' judgements of dangerousness in patients on an acute care unit. Am J of Psychiatry 1984;141:263-6.
17. Lowenstein M, Binder RL, Mcniel DE. The relationship between admission symptoms and hospital assaults. Hosp Community Psychiatry 1990;41:311-3.
18. Lidz CW, Mulvey EP, Gardner W. The accuracy of predictions of violence to other. JAMA 1993; 8:1007-11.
19. ชัยนตร์ธร ปทุมมานนท์. Diagnostic test ใน : ชีระพร วุฒยวนิช, นิमित มรกต, กิตติกา กาญจนรัตนกร บรรณาธิการ. วิจัยทางการแพทย์. เชียงใหม่ : บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด; 2542:63-77.
20. Ferris LE, Sandercock J, Hoftman B, Silverman M, Barkun H, Carlisle J et al. Risk assessment for acute violence to third parties: a review of the literature. Can J Psychiatry 1997;42:1051-60.