



พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและ การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว*

ปัญญา ทองทัฬห พย.ม.**

กฤตยา แสงเจริญ PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทต่อครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง และการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับยาที่โรงพยาบาลห้วยราช ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 40.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ด้านจิตใจอารมณ์ร้อยละ 39.2 ด้านการเงินและทรัพย์สิน ร้อยละ 24.5 ด้านร่างกาย ร้อยละ 17.7 ด้านเพศ ร้อยละ 6.7 และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ร้อยละ 13.7 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงสูงสุด 3 ลำดับ ดังนี้ ตวาด/ดู/ด่าทอด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง ร้อยละ 30.4 เขย่าประตู/เปิดประตูเสียงดัง ร้อยละ 20.6 แข่ง/ต่าหนีแสดงท่าทีจะทำร้าย ร้อยละ 19.6 ลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ที่ใช้มากที่สุด 3 ลำดับ คือ การพูดคุยด้วยเหตุผล ปลอดภัยในใจ ร้อยละ 92.7 ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความโกรธ ร้อยละ 80.5 พุดชมผู้ป่วยเพื่อให้หยุดอาละวาด ร้อยละ 58.5

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังมีปัญหาเกิดขึ้นในทุกด้านและเป็นภาระในการจัดการของผู้ดูแล ซึ่งมีทั้งดูแลได้เหมาะสมและดูแลได้ไม่เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงและช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบพยาบาลควรเข้าไปช่วยเหลือดูแลแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชน

คำสำคัญ: จิตเภท พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก พบความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3 -0.7¹ แต่แต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน ผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีความชุกถึง 24 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม² ในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ 4 รายต่อประชากร 1,000 ราย พบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 คน³ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้

อารมณ์ พฤติกรรม และมักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงมาก โอกาสหายปกติเหมือนเดิมน้อยลง¹

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมาก และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช⁴ อาการสำคัญที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษา คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 81.97⁵ ผู้ดูแลนั้นจะเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ผู้ป่วย ได้แก่ การพูดจาหยาบคาย ต่ำ เอะอะ โวยวาย เสียงดัง ทบทำลายข้าวของ ช่มชู่ ทำร้ายญาติ/ ผู้ดูแล จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 84 คน⁶ ในต่างประเทศผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่ 19.1-60^{7,11} ในประเทศไทยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาในเขตเมือง มีความชุกของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 24.6⁸ แต่ยังไม่พบบงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ตามสถานการณ์การอยู่ร่วมกับครอบครัวในสภาพชีวิตจริงของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท

การจัดการพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล เมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะจัดการเมื่อรู้สึกว่ามีพฤติกรรมรุนแรงมาก เช่น มีอาวุธและคาดว่าจะเกิดอันตรายจึงหนีเอาตัวรอดก่อนแล้วค่อยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือตำรวจ แล้วนำส่งโรงพยาบาลหรือแจ้ง 1669 ใช้วิธีชู้ว่าจะพาไปนอนโรงพยาบาล ถ้ามีอาการอะอะ อาละวาด เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย จะสงบเมื่อผู้ดูแลใช้คำพูดดี ๆ ไม่ถือสาและบอกสมาชิกอื่น ๆ ให้เข้าไปผู้ป่วย^{9,10}

จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชกลับมาอาศัยอยู่ในภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอห้วยราชจำนวน 136 คน 1 คนได้ก่อคดีทำร้ายบุตรจนเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัส 1 คนทำร้ายบิดามารดาจนเสียชีวิต และอีก 1 คนก่อคดีข่มขืนต้องโทษจำคุก เกิดความตื่นกลัวของคนในชุมชน กลัวว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมาทำร้ายคนในชุมชน ครอบครัวหรือชุมชนจึงนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันทีที่มีความรุนแรงเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ความชุกของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำต่อตัวเองและครอบครัว และวิธีการจัดการ

ของสมาชิกครอบครัว เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตตามปกติกับครอบครัวในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยดำเนินการดั่งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คัดเลือกตามคุณสมบัติคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับยารักษาที่โรงพยาบาลห้วยราช มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอห้วยราชมีสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านหนังสือหรือสามารถสื่อความหมายถาม-ตอบได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาที่อำเภอห้วยราช จำนวน 136 คน จากสูตร $n = z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$ ¹² ได้กลุ่มตัวอย่าง 72 คน แต่เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 102 คน โดยคัดผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลตัวเองได้ และอยู่เพียงลำพัง 3 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังรับยาประจำที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา 4 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่รับยาประจำที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เรื่อง พฤติกรรมรุนแรงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปรวม 13 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล รวม 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ลักษณะความรุนแรง ประกอบด้วย คำถามพฤติกรรมรุนแรง 1) ต่อร่างกายตนเอง 8 ข้อ 2) ต่อร่างกายสมาชิกครอบครัว 8 ข้อ 3) ต่อจิตใจ/อารมณ์ต่อสมาชิกครอบครัว 7 ข้อ 4) ด้านการเงินและทรัพย์สินต่อสมาชิกครอบครัว 9 ข้อ 5) ทางเพศต่อ



สมาชิกครอบครัวจำนวน 7 ข้อ รวม 39 ข้อ ตอบ เคย ไม่เคย และไม่ทราบ ส่วนที่ 3 ลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย คำถามวิธีการจัดการของสมาชิกครอบครัว 25 ข้อ ตอบเคย และไม่เคย และข้อที่ 26 เป็นคำถามเพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ตอบถึงวิธีการจัดการอื่นที่เคยใช้จัดการกับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงที่นอกเหนือจาก 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและขอเสนอแนะในการแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอนแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับปรุงทั้งด้านการปรับภาษาให้ชัดเจนเข้าใจง่าย พิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหา เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นแบบสอบถามกับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้แบบสอบถามกับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลกระสัง มีภูมิสำเนาในเขตอำเภอกระสัง ซึ่งมีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามเองกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านเขียนได้ดีโดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่ด้วยสามารถสอบถามได้ถ้าไม่เข้าใจคำถาม และในกรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านไม่ออกหรืออ่านได้แต่ไม่ตี ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที กับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ห้องให้คำปรึกษากรณีผู้ดูแลร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่มารักษาตามนัด และเก็บที่ห้องให้คำปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีที่บ้านเรือนผู้ดูแลอยู่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนกรณีที่สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลไม่สะดวกในการเดินทาง

มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ การขออนุญาตเก็บข้อมูลได้มีการชี้แจงสิทธิของอาสาสมัคร การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ซักถามความเข้าใจ ขณะเก็บข้อมูล ถ้าอาสาสมัครไม่สบายใจนักวิจัยจะหยุดซักถามทันที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 102 คนส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 55.9 เป็นหญิง ร้อยละ 44.1 อายุเฉลี่ย 48.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.7 ส่วนใหญ่โสดร้อยละ 46.1 และรองลงมาคือคู่อ้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างร้อยละ 41.2 และรองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.2 ตามลำดับ รายได้จากการประกอบอาชีพของครอบครัวเฉลี่ย 8,022 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอมีปัญหาหนี้สิน ร้อยละ 65.7

ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 53.9 และอยู่เพียงลำพังในบ้าน ร้อยละ 4.9 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 4 คน ร้อยละ 26.4 มากที่สุด 11 คน ร้อยละ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่ปรองดองกันดี ร้อยละ 47.1

ด้านการเจ็บป่วยระยะเวลาต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 47 ปี เฉลี่ย 10.34 ปี ตั้งแต่เริ่มป่วยโรคจิตเภทจนถึงปัจจุบัน เข้ารักษา 1 ครั้ง ร้อยละ 37.3 เข้ารักษาสูงที่สุด 10 ครั้ง เฉลี่ย 1.52 ครั้ง ยังใช้บุหรี่ปริมาณสูงอยู่ร้อยละ 37.3 ปัจจุบันไม่พบอาการทางจิตร้อยละ 43.1 แสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมร้อยละ 28.4 ประสาทหลอนร้อยละ 18.6 หลงผิดร้อยละ 12.7 ทั้งหลงผิดและประสาทหลอน ร้อยละ 4.9 ส่วนมากกินยาแต่ไม่ตรงตามแพทย์สั่งร้อยละ 52 รองลงมาคือ กินยาตรงตามแพทย์สั่งร้อยละ 41.2 กินยาเองร้อยละ 70.6 และรองลงมา คือ บุตร-หลาน ให้กินยาร้อยละ 8.8



2. ความซุกซนของพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่าง 102 คน ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงต่อสมาชิกครอบครัว จำนวน 61 คน ร้อยละ 59.8 พบมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 40.2 แยกรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อจิตใจ อารมณ์มากที่สุดร้อยละ 39.2 และรองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางการเงินและทรัพย์สินร้อยละ 24.5

3. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า 1) ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทางด้านร่างกายต่อตนเอง พบมากอันดับแรกคือกำปั้นชกสิ่งของ ร้อยละ 9.8 อันดับสองคือชกตีตัวเอง ดึงเส้นผมร้อยละ 2.9 อันดับสาม คือ ศีรษะโขกพื้น ร้อยละ 1.7 2) พฤติกรรมที่รุนแรงทางร่างกายต่อสมาชิกครอบครัว พบมากอันดับแรก คือ ขว้างปาสิ่งของเครื่องใช้หรือวัตถุที่เป็นอันตรายร้อยละ 7.8 อันดับสองคือ ตี ตบ ชก ต่อยหรือตบศีรษะโดยใช้มือร้อยละ 4.9 อันดับสาม เท่ากัน 2 พฤติกรรมคือทำร้ายด้วยอาวุธ และกระชาก/ปลัก ฟุ่ชนร้อยละ 2.9 3) พฤติกรรมที่รุนแรงทางจิตใจ/อารมณ์ต่อสมาชิกครอบครัว พบมากเป็นอันดับแรกคือ ตวาด/ดู/ตำหนิด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดังร้อยละ 30.4 อันดับสองคือ แข่ง/ตำหนิ/แสดงท่าทีจะทำร้ายร้อยละ 19.6 อันดับสามคือพูดวางอำนาจเอาแต่ใจตัวเองร้อยละ 17.74) พฤติกรรมที่รุนแรงด้านการเงิน/ทรัพย์สินต่อสมาชิกครอบครัว ที่พบมากเป็นอันดับแรกคือเขย่าประตู/เปิดประตูเสียงดังร้อยละ 20.6 อันดับสองคือทุบทำลายสิ่งของชิ้นใหญ่เสียหายร้อยละ 10.8 อันดับสามคือ ฉีกเสื้อผ้า/ทำข้าวของแตกกระจาย/ขว้างปาสิ่งของร้อยละ 9.8 5) พฤติกรรมที่รุนแรงทางเพศต่อสมาชิกครอบครัวที่พบมากเป็นอันดับแรกคือถอดเสื้อผ้าตนเองต่อหน้าคนอื่นร้อยละ 3.9 อันดับสองคือบังคับให้ร่วมหลับนอนร้อยละ 2.9

4. วิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว จากพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด 41 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ชายร้อยละ 58.5 หญิงร้อยละ 41.5 ลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัวที่มีการใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยด้วยเหตุผล ปลอดภัยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา

ร้อยละ 92.7 อันดับสองให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความโกรธโดยไม่ถือสาหรือไม่โกรธร้อยละ 80.5 อันดับสามพูดหรือข่มขู่ผู้ป่วยเพื่อให้หยุดอาละวาดร้อยละ 58.5

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความซุกซนของพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ความซุกซนตามการรับรู้ของผู้ดูแลพบว่ามีการกระทำทุกด้าน มีความซุกซนร้อยละ 40.2 แตกต่างกับขนาดของปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การศึกษาในประเทศเม็กซิโก¹¹ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นมีความซุกซนของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 60 ที่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงมีความแตกต่างกัน เม็กซิโกใช้แบบประเมิน OAS กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติแตกต่างกัน คือ กลุ่มอายุ 18-50 ปี คัดผู้ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดออก สถานบริการต่างระดับกัน เก็บข้อมูลที่สถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งชาติ ต่างวัฒนธรรมกัน และแตกต่างกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁷ ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นมีความซุกซนของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 19.1 ที่แตกต่างกันเนื่องจากเก็บข้อมูลในเขตชุมชนที่เป็นเขตเมือง จากผู้ป่วยจิตเภทเอง คัดเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการตี เก็บย้อนหลัง 6 เดือน และแตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทย⁸ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความซุกซนของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 24.6 ที่แตกต่างกันอาจเกิดจากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว ในสถาบันจิตเวชระดับตติยภูมิ และการใช้สารเสพติดมีเฉพาะบุหรี่ปั้วแต่งานวิจัยนี้มีทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและบุหรี่ปั้วและยังมีอาการทางจิต

ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่รุนแรงทางจิตใจ/อารมณ์ต่อสมาชิกครอบครัว มากที่สุดร้อยละ 39.2 พฤติกรรมที่รุนแรงด้านการเงิน/ทรัพย์สินต่อสมาชิกครอบครัวร้อยละ 24.5 พฤติกรรมรุนแรงทางจิตใจ/อารมณ์ต่อสมาชิกครอบครัว พบมากที่สุด คือตวาด/ดู/ตำหนิด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง ซึ่งเป็นความรุนแรงทางวาจาร้อยละ 30.4 สอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากว่าพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด หรืออาจ



อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด มีความต้องการให้ผู้อื่นทำตามความต้องการของตน แต่ผู้ป่วยนั้นขาดทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมจึงใช้ความรุนแรงทางคำพูด เพื่อให้บุคคลกระทำในสิ่งที่ตนเองเห็น กับความคิดและความเชื่อของตน ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงด้านร่างกายต่อตนเองร้อยละ 16.7 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา^๓ ที่พบพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ร้อยละ 6.5 อาจเกิดจากคุณสมบัติที่แตกต่างกันที่เก็บข้อมูล ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาการจัดสงบแล้วให้ข้อมูลโดยผู้ป่วยจิตเวชเอง แต่งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลตามมุมมองของผู้ดูแล ยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนและใช้สุรา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางจิต จากการศึกษาี้ ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทนั้นก็เป็พฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกับคนทั่วไป แต่ที่แตกต่างคือ ถอดเสื้อผ้าตัวเองต่อหน้าคนอื่น ซึ่งในคนทั่วไปไม่ทำกันเกิดขึ้น ร้อยละ 9.8 ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในปัจจุบัน

ลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ที่มีการใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยด้วยเหตุผล ปลอดภัยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา ร้อยละ 92.7 ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะค่อย ๆ พูด ค่อย ๆ บอกเตือนสติผู้ป่วย^{9,10} การดูแลด้านการพยาบาลที่มีแนวคิดการจัดการโดยปราศจากยาต้องเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยอธิบายและให้กำลังใจ สุขภาพ แสดงความห่วงใย⁴ วิธีการจัดการที่ใช้มากรองลงมา คือ ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความโกรธโดยไม่ถือสาหรือไม่โกรธ ร้อยละ 80.5 และสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่อยู่ยู่โรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดใช้การคุยกับผู้ป่วย ร้อยละ 84.9¹⁵ ที่ใช้มากอาจจะเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นญาติใกล้ชิดมีความผูกพันทางจิตใจ และผู้ดูแลนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทนอนโรงพยาบาลหรือรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ญาติก็จะได้รับคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ว่าให้หลีกเลี่ยงการโต้แย้งทางคำพูด เมื่อผู้ป่วยตะโกนเสียงดังก็ปล่อยให้ระบายออกมา ผู้ป่วยจะได้ระบายทางคำพูด สิ่งที่ญาติสามารถทำได้ดีคือ ใช้คำพูดดี ๆ ไม่ถือสาต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามบอกสมาชิกคนอื่น ๆ ให้เข้าใจ

พฤติกรรมของผู้ป่วย^{10,16} อันดับสามพูดหรือข่มขู่ผู้ป่วยเพื่อให้หยุดอาละวาด เช่น จะจับไปฉีดยา/ให้นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 58.5 ซึ่งวิธีนี้ญาติที่ใช้จะเป็นผู้ชายที่มีอำนาจหรือความแข็งแรงกว่าผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยว่าญาติส่วนน้อยให้ข้อมูลว่าหากพูดดี ๆ แล้วไม่ยอม มีอาการเอะอะ อาละวาด ก็จะไปหาหมอไปอยู่โรงพยาบาล⁹ และวิธีการจัดการที่ไม่เหมาะสม เช่น ดุด่าตะคokr้อยละ 51.2 ทูตให้สงบแล้วให้ตำรวจมาจับ ร้อยละ 4.9 แยกบ้านให้อยู่คนเดียว ร้อยละ 2.4³ วิธีการจัดการเหล่านี้เป็นวิธีการจัดการที่ไม่ควรเกิดขึ้น เพราะมีผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็พฤติกรรมรุนแรงที่สมาชิกครอบครัวกระทำกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นวิธีการจัดการที่ต้องพัฒนาและแก้ไขให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้พบความชุก ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง และลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว ในภาพรวม เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรุนแรงในครอบครัว ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพกับครอบครัวที่พบว่า มีพฤติกรรมรุนแรง ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ และไม่บ่อยแต่รุนแรงมาก ปัจจัยกระตุ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทเอง ผลกระทบกับครอบครัว และวิธีการจัดการของแต่ละพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้แล้วได้ผลดี เพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาทำเป็นแนวทางหรือคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ถ่ายทอดความรู้ ชี้แนะ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยราช เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ที่สนับสนุนอำนวยความสะดวก สมาชิกครอบครัวที่เป็นอาสาสมัคร และให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาทางด้านจิตเวช



References

1. Manoch Lortrakul, Pramote Sukanich. Textbook of Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009.
2. Pichet Udomratn, Sorayut Wasiknanon. Textbook of Schizophrenia. Songkla: Chanmuangkarnpin; 2009.
3. Sirijit Suttajit, Manit Srisurapanont. Schizophrenia: Epidemiology and treatment. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2009; 54 (Supplement 1): 21S- 7S.
4. Sompop Ruangtrakul. Schizophrenia. 9th ed. Bangkok: Ruankaewkarnpin; 2005.
5. Rossi AM, Jacobs M, Monted M, Olsen R, Subber RW, Winkler EL, et al. Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other fearing ducing behaviors. The Journal of Nervous and Mental Disease 1986; 174(4): 154-60.
6. La-iad Pannak, Sirinapa Jatisathian. The Development of program for caregivers to cope with problems in Schizophrenic Patient care. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2012; 26 (Supplement 2) :16S-29S.
7. Swanson JW, Swart MS, Dorn RAV, Elbogen EB, McEvoy, Lieberman JA. A Nation study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2006; 63 : 490-99.
8. Wenich Buracharin. Selected factors related to violent behaviors of Schizophrenic patients in community [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
9. Jantra Theerasomboon. An Evaluation of a home-based treatment for Schizophrenic patients project of Suansaranrom Psychiatric Hospital, Surathani Province. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2000.
10. Somporn Rungruangkolkit, et al. Lived experiences of families who care for a family member with chronic mental illness at home and the community situation. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2003.
11. Fresan A, Apiquiann R, Fuente-Sandoval CdI, Loyzaga, Garcia-Anaya M, Meyenberg N, et al. Violent Behavior in Schizophrenic Patients: Relationship with Clinical Symptoms. Aggressive Behavior 2005; 31: 511-20.
12. Lemeshow S, et al. Adequacy of sample size in health studies. New York: John Wiley&Sons; 1990.
13. Erkiran M, et al. Substance abuse amplifies the risk for violence inschizophrenia spectrum disorder. Addictive behavior 2006; 31 :1797-1805.
14. Videbeck SL. (ED.). Anger, hostility and aggression. In: Psychiatric mental nursing. Philadelphia: Lippincott; 2001.
15. Kotchapong Sarakan. Violent behaviors of psychiatric patients and management of staffs at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital [Thesis]. Chiang Mai: ChiangMai University; 1999.
16. Somchai P, Kanachai V, Sminoy S. Effects of Wellness Program on Quality of Life of Schizophrenic Patients Journal of Nurses' Association of Thailand North-Easlern Division 2012; 30(3): 113-121.



Violent Behavior of Schizophrenic Patients and Violent Management of Family*

Panya Thongtup M.N.S.**

Kritaya Sawangchareon PhD***

Abstract

This descriptive research aimed to study the violent behavior in schizophrenic patients towards their families, characteristics of the violent behavior, and management of the violent behavior in their families. The sample was schizophrenic patients taking drugs at Huai Rat Hospital during the past twelve months. Questionnaires were given to 102 caregivers during Cronbach's alpha coefficient was used for assessing the reliability of the questionnaire (alpha was 0.78). Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used for data analysis.

The study results were as follows: The schizophrenic patients behaved violence towards their families 40.20 %. Violent behavior towards others in aspects of emotional problems 39.22 %, property damage 24.51 %, physical violence 17.65 %, sexual violence 6.86 %, and violent behavior towards themselves 13.72 %. When considering the characteristics of the violent behavior in schizophrenic patients to warda their families, it was found that the violent behavior at the highest level were scolding / making loud noises 30.39 %, slamming doors 20.59 %, and cursing / threatening to assault 19.61 % respectively. As for the management strategies used for the violent behavior, the management strategies used at the highest level were using reason for talking / encouraging 92.68 %, listening to their unpleasant problems 80.49 %, and threatening to stop their aggressive behavior 58.54 % respectively.

From the results of the study, it reveals that violent behavior problems in schizophrenic patients in community are still occurred in all aspects. The problems are burdens for caregivers. The problems are also including in both appropriate care and inappropriate care. So in order to reduce the violent behavior problems and assist people involved with the problems, nurses should play their roles in assisting the schizophrenic patients in community.

Keywords: schizophrenia, violent behavior of schizophrenic patients family management

*Thesis of Master of Nursing Science, Mental Health and Psychiatric Nursing, Graduate School, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science, in Mental Health and Psychiatric Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University