



นิพนธ์ต้นฉบับ อุบัติการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วยที่มี ปัญหาทางจิตจากสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

พรชัย ทุมมา*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วย Alcohol dependence (F10.2) Alcohol withdrawal (F10.3) Alcohol withdrawal delirium (F10.4) Alcohol-induced psychotic disorder (F10.5) ตามการวินิจฉัยระบบ ICD10 ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกปี 2555 ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 176 ราย เก็บข้อมูลโดยการทบทวนข้อมูลแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในระยะเวลา 12 เดือน เพื่อหาอุบัติการณ์การเกิดโรค

ผล : การเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการเกิดความรุนแรงในชุมชนร้อยละ 46.59 ขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 21.6 ความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 57.9 รองลงมาคืออุบัติเหตุ ร้อยละ 34.3 การทำร้ายตนเอง ร้อยละ 5.2 และน้อยที่สุดคือการหลบหนี ร้อยละ 2.6 พบอุบัติการณ์มักเกิดระหว่างผู้ป่วยรักษาตัวได้ไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 86.8) ช่วงเวลาที่เกิดคือเวรบ่ายมากที่สุด (ร้อยละ 50) และพบว่าจะเกิดในเวลาที่หัวหน้าทีมดูแลน้อยกว่า 1 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 55.3)

สรุป : ผู้ป่วยร้อยละ 46.59 เกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชน และเกิดขณะรับการรักษาผู้ป่วยใน ร้อยละ 21.6 ความรุนแรงที่พบคือ พฤติกรรมก้าวร้าว อุบัติเหตุ การทำร้ายตนเอง และการหลบหนี ตามลำดับ

คำสำคัญ : อุบัติการณ์ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุรา ความรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์



INCIDENCE OF VIOLENCE IN PATIENT WITH ALCOHOL USE DISORDER, SAKAEO RAJANAGARINDRA PSYCHIATRIC HOSPITAL

*Pornchai Thumma**

Abstract

Objective : To study the incidence of violence of patients with mental problems from Alcohol use disorder Sakaeo Rajanagarindra psychiatric hospital.

Material and Method : A descriptive study of patients diagnosed by a physician as Alcohol dependence (F10.2) Alcohol withdrawal syndrome (F10.3) Alcohol withdrawal delirium tremens (F10.4) Alcohol-induced psychotic disorder (F10.5) and were hospitalized in year 2012. 176 collected cases were by reviewing the medical records in the 12-month period to determine the incidence.

Results : The incidence of violence in patients with a history of violence in the community was 46.59 percent , while the incidence of violence in inpatient was accounted for 21.6 percent. The most common behaviors of violence were aggressive (57.9 percent) followed by 34.3 percent of accidents, self harm and escape, respectively. This report also showed that most of the incidence occurred with in 7 days after admission. 50% of the incidence found in shift duning 16.00 - 24.00 and 55.3% of the incidence found in the shift that mental health team leader was inexperience.

Conclusion : The report found 46.59% of incidence of violence that associated Alcohol use disorder in community and found 21.6% in hospital. Behaviors that associated violence were aggression, accident, self harm and escape respectively.

Keywords : incidence, patients with mental problems from alcohol, violence

*Registered nurse, Sakaeo Rajanagarindra psychiatric hospital

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาและความเสียหายทั้งต่อผู้ดื่มและคนรอบข้างรวมทั้งสังคม แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกปีละประมาณ 2.3 ล้านคน มูลค่าความสูญเสียจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งต้นทุนส่วนบุคคลและต้นทุนต่อสังคมคิดเป็นอัตราที่สูงถึงร้อยละ 1.1 – 6.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (Gross Domestic Product-GDP) ภายในประเทศ¹ สำหรับประเทศไทยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อภาระโรคของคนไทยรองลงมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย² จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2554 พบว่า คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 16,992,017 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรผู้ใหญ่ ประชากรผู้ใหญ่ชายมีความชุกการดื่มสูงกว่าประชากรผู้ใหญ่หญิงประมาณ 5 เท่า นักดื่มชายมีสัดส่วนผู้ดื่มหนักหรือดื่มแบบห้วนน้ำเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นของการดื่มแบบห้วนน้ำของนักดื่มชายจากร้อยละ 37.8 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 40.6 ในปี 2554 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.4 ในระยะเวลา 5 ปี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและระยะเวลานานจะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันแบบซับซ้อนแยกกันไม่ออกในลักษณะของความสัมพันธ์แบบเป็นวงจร กล่าวคือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

จิตก็มักดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะการดื่มหนักและการดื่มเป็นประจำ³⁻⁴

พฤติกรรมหรือผลที่เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราส่วนใหญ่ก็มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดื่มเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม สิ่งที่พบส่วนใหญ่เกิดพฤติกรรมที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว การอาละวาดก้าวร้าวของฤทธิ์สุราที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เช่นการประทุษร้ายเหตุ เนื่องจากสูญเสียการควบคุมตนเอง กระทำผิดต่อกฎหมายที่เกิดขึ้นในชุมชนขณะที่ยังดื่มสุราหรือสำหรับผู้ติดสุราดื่มมานานและหยุดดื่มกะทันหันทำให้เกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรง เช่น การเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะชักหลังหยุดดื่มสุราใน 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อควบคุมปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่เช่นนั้นอาจทำให้เกิดความสูญเสียและมีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สิน จนกระทั่งอาจเกิดการเจ็บป่วยและพิการถาวรได้⁵

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชขนาด 120 เตียง เปิดบริการผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในตั้งแต่ ปี 2545 เป็นต้นมา การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาจากสุราได้รับการวินิจฉัยติดอันดับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยใน ดังจากสถิติ 3 ปีล่าสุด คือปี 2552-2554 คิดเป็น ร้อยละ 10.78, 10.95 และ 11.90 ตามลำดับ⁶ จะเห็นว่าผู้ป่วยมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น การรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุราไว้รักษาแบบผู้ป่วยในนั้นจะมีการดูแลบำบัดรักษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียม ระยะ

บำบัดรักษาในภาวะขาดสุรา และระยะฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยในระยะขาดสุราเป็นช่วงเวลาที่ สำคัญเนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราเมื่อรักษาตัวในโรง พยาบาลจะหยุดดื่มสุราเฉียบพลันจะทำให้เกิด ภาวะลงแดงจากการขาดสุรา มีภาวะชัก หรือ ภาวะแทรกซ้อนทางกายเกิดขึ้น กรณีเกิดภาวะ ขาดสุรา รุนแรง จะทำให้มีอาการ ประสาทหลอน สูญเสียการรับรู้ ซึ่งระยะเวลา ดังกล่าวจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การณ์ เกิดความรุนแรงขึ้นได้ ในผู้ป่วยที่มี ปัญหามาจากสุราที่อยู่ในระยะเวลาดังกล่าว หรือ ในกลุ่มที่ดื่มมาเป็นเวลานานจนทำให้เกิด โรคจิตจากการใช้สุรา ทำให้การรับรู้ การคิด อารมณ์ผิดปกติไป แสดงออกโดยมีอาการหรือ พฤติกรรมที่รุนแรงได้

เพื่อให้การจัดบริการในการดูแลบำบัด รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราให้มีคุณภาพและ ความเหมาะสมในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดัง กล่าว จำเป็นที่ต้องมีการศึกษาหาอุบัติการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน เพื่อให้เห็นอุบัติการณ์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยในตามระบบที่มีการดูแลภายใต้ ทรัพยากรที่จัดให้ ดังนั้นการศึกษานี้จึง ศึกษาหาอุบัติการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุราแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้เป็นข้อมูลที่จะนำไปเป็นประโยชน์ต่อ การดูแลบำบัดรักษาต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการ สัมภาษณ์ในช่วงระยะเวลาหนึ่งของผู้ป่วยที่รับ ไว้รักษาแบบผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางจิตจาก

สุราโดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วย Alcohol dependence (F10.2) Alcohol withdrawal (F10.3) Alcohol withdrawal delirium (F10.4) Alcohol-induced psychotic disorder (F10.5) ตาม การวินิจฉัยระบบ ICD10 ทุกรายที่รับการ รักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกของปี 2555 ใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และเลือกศึกษาผู้ป่วยจากการเก็บข้อมูลโดย การทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน รวม ระยะเวลา 12 เดือน โดยแฟ้มข้อมูลเวช ระเบียนมีคะแนนความสมบูรณ์เวชระเบียน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ตรวจความ สมบูรณ์เวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์รวมทั้งหมดจำนวน 176 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุรา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา สถานภาพ สมรส ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการใช้สุรา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ใช้ สุรา จำนวนครั้งการรักษา และ ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิด ความรุนแรง ประกอบด้วย ประวัติการ เกิดความรุนแรงในชุมชน ช่วงระยะเวลาการ เกิดเหตุการณ์ ลักษณะการเกิด ความรุนแรง ได้แก่ การทำร้ายตนเอง การหลบหนี การเกิด อุบัติเหตุ พฤติกรรมก้าวร้าว

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา แจกแจง จำนวน ร้อยละ

ผล การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการ คัดเลือกจำนวน 176 ราย แสดงข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส และภูมิลำเนา ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 176)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	145	82.4
หญิง	31	17.6
อาชีพ		
ว่างงาน	58	33.0
รับจ้าง	75	42.6
ค้าขาย	13	7.4
เกษตรกรรม	11	6.3
รับราชการ	19	10.7
สถานภาพสมรส		
โสด	49	27.8
คู่	84	47.7
หย่า	16	9.2
หม้าย	27	15.3
ภูมิลำเนา		
สระแก้ว	116	65.9
ปราจีนบุรี	27	15.4
ฉะเชิงเทรา	8	4.5
บุรีรัมย์	15	8.5
จันทบุรี	3	1.7
อื่นๆ	7	4.0

ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการใช้สุรา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ใช้สุรา ของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการตีความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การเกิดความรุนแรงในชุมชนและการเกิดความรุนแรงขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการใช้สุรา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 176)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Alcohol dependence (F10.2)	110	62.5
Alcohol withdrawal (F10.3)	2	1.2
Alcohol withdrawal delirium (F10.4)	34	19.3
Alcohol-induced psychotic disorder (F10.5)	30	17.0
ระยะเวลาการดื่มสุรา		
น้อยกว่า 5 ปี	8	4.5
5-10 ปี	23	13.1
11-15 ปี	67	38.1
16-20 ปี	42	23.8
20 ปีขึ้นไป	36	20.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดความรุนแรง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 176)	ร้อยละ
ความรุนแรงในชุมชน		
เกิดความรุนแรงในชุมชน	82	46.59
ไม่เกิดความรุนแรงในชุมชน	94	53.41
ความรุนแรงขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน		
เกิดความรุนแรงขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน	38	21.60
ไม่เกิดความรุนแรงขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน	138	78.40

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดความรุนแรงขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=38)	ร้อยละ
ลักษณะการเกิดความรุนแรง		
ทำร้ายตนเอง	2	5.2
อุบัติเหตุ	13	34.3
ก้าวร้าวรุนแรง	22	57.9
หลบหนี	1	2.6
ระยะเวลาขณะอยู่รักษา		
1-7 วัน	33	86.8
8-14 วัน	3	7.9
ตั้งแต่ 15 วัน	2	5.3
ช่วงเวลา		
08.00-16.00 น.	10	26.3
16.00-24.00 น.	19	50
00.00-08.00 น.	9	23.7
ประสบการณ์หัวหน้าที่มีดูแล		
น้อยกว่า 1 ปี	21	55.3
1-3 ปี	6	15.8
3 ปี	11	28.9
ความรุนแรงภาวะขาดสุรา		
ต่ำ	26	68.4
ปานกลาง	10	26.3
รุนแรง	2	5.3

ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดความรุนแรงขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่พบจากกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย ประกอบด้วย ลักษณะการเกิดความรุนแรง ระยะเวลาขณะอยู่รักษา ช่วงเวลาประสบการณ์หัวหน้าที่มีดูแลและความรุนแรงภาวะขาดสุรา ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งสอดคล้องกับความชุกของการดื่มของประชากรที่ผู้ใหญ่ชายมีความชุกการดื่มสูงกว่าประชากรผู้ใหญ่หญิง³ ระยะเวลาที่ดื่มเกือบทั้งหมดมีประวัติการดื่มสุรามามากกว่า 10 ปี

เนื่องจากการดื่มสุรานั้นจะมีผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยจะส่งผลให้มีอาการทางจิตเกิดขึ้นซึ่งพบว่า สารเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ สารสื่อประสาทในสมอง เกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีในประสาทในสมองเช่นสมมติฐานของโดปามีนเชื่อว่าเกิดจากการที่สารโดปามีนทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดอาการทางจิตเช่นเดียวกับการเป็นโรคจิตเภท⁷ การดื่มสุรามีความเสี่ยงโอกาสป่วยเป็นโรคจิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2.16 เท่า และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยนี้มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁸ จึงเป็นเหตุทำให้เกิดการป่วยและต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

พบการเกิดความรุนแรงในชุมชนก่อนผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเกือบครึ่งคือร้อยละ 46.59 ของกลุ่มตัวอย่างและขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงทั้งหมด 38 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 21.6 ชนิดความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือพฤติกรรมก้าวร้าว รองลงมาคืออุบัติเหตุ การทำร้ายตนเอง และพบน้อยสุดคือการหลบหนีเนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้สุราจะมีผลผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีการแสดงความโกรธด้วยความก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความโกรธได้ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา⁹⁻¹⁰ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเดิมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงในสถานพยาบาลและชุมชน¹¹ จึงพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องขณะเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน ปัจจัยด้านเวลาพบว่าผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 7 วันซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการประเมินผู้ป่วยในประเภทฉุกเฉินหรือแรกรับ ช่วงเวลาที่เกิดคือเวรบ่ายมากที่สุด สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงเช่นผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดความรุนแรงในประเภทผู้ป่วยแรกรับมากที่สุด ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมากที่สุดคือช่วงเวลาย่ำของวันลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยพบอาการหงุดหงิดมากที่สุด¹² และปัจจัยด้านบุคลากรพบว่าประสบการณ์หัวหน้าทีมดูแลน้อยกว่าเป็มากที่สุด ปัจจัยด้านผู้ป่วยพบว่าความรุนแรงภาวะขาดสุราระดับต่ำมากที่สุด การศึกษานี้เพื่อให้เห็นถึงสาเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยความสัมพันธ์การเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้ป่วยต่อไปเพื่อให้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปี 2555 มีประวัติเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนก่อนมาบำบัดรักษา ร้อยละ 46.59 และเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในร้อยละ 21.6 ความรุนแรงที่พบคือ พฤติกรรมก้าวร้าว อุบัติเหตุ การทำร้ายตนเอง และการหลบหนี ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอุบัติการณ์ ปัจจัยด้านเวลาพบว่าผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 7 วัน ช่วงเวลาที่เกิดคือเวรบ่าย ปัจจัยด้านบุคลากรพบว่า

ประสบการณ์หัวหน้าทีมดูแลน้อยกว่า 1 ปี
ปัจจัยด้านผู้ป่วยพบว่าความรุนแรงภาวะขาด
สารระดับต่ำมาก พบการเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาด
ที่สุด ซึ่งการศึกษานี้ถือเป็นข้อมูลพื้นฐานใน
การนำไปบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนการสนับสนุน
จากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease update 2004. Geneva; World Health Organization, 2004.
2. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ. รายงานผลการศึกษา ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข: 2552
3. ทักษพล ธรรมรังสีและ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข: 2556
4. อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รังค์และคณะ. สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: การวิเคราะห์พหุปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับบุคคลและระดับจังหวัด. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล: 2554.
5. Babor TF, Higgins-biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT, The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care. 2nd ed World Health Organization. Department of mental health and substance dependence; 2001.
6. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2555. ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์; 2555.
7. มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
8. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. Alcohol-related disease and alcohol consumption in Northern Thailand: a matched case-control study. Asian Biomedicine 2009; Vol.3: No. 3. 319-23
9. Chan HY, Lu RB, Tseng CL, Chou KR. Effectiveness of the Anger Control Program in Reducing Anger Expression in Patients with Schizophrenia. Archive of Psychiatric Nursing 2003; 17: 88-95.
10. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552; ปีที่ 17: หน้า 129-48.
11. Novaco RW. Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: Monahan J, Steadman HJ, editors. Violence and Mental Disorder. Chicago: Aldine; 1994. p.21-59.

12. อรุณี โสคติวิณิชยวงศ์. รูปแบบการเกิด
พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท. วารสาร
โรงพยาบาลศรีธัญญา 2554; ปีที่11: หน้า
8-15.