

## การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง

เพชร คันธสายบัว\*, วัฒนภรณ์ พิบูลาลักษณ์\*

\*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วันรับบทความ : 14 เมษายน 2563

วันแก้ไขบทความ : 1 พฤษภาคม 2563

วันตอบรับบทความ : 5 พฤษภาคม 2563

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

**วัตถุประสงค์และวิธีการ :** เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาด้วยการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 117 คน และสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชถึงมุมมองการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 5 คน ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน วัดผลด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ ก่อนการทดลอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้

**ผล :** การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มี 6 กิจกรรม คือ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง 3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเอง และ 6) การประเมินการควบคุมตนเอง โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ( $3.2 \pm 2.70$ ) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ( $3.7 \pm 3.51$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ )

**สรุป :** การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาได้เป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้

**คำสำคัญ :** การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการ ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมรุนแรง

## THE DEVELOPMENT OF INTEGRATIVE NURSING THERAPIES ON SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIOR

Petcharee Kanthasaibour\*, Wattanaporn Piboonarluk\*

\*Registered nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received : April 14, 2020

Revised : May 1, 2020

Accepted : May 5, 2020

### Abstract

**Objective:** To develop and evaluate the integrative nursing therapies program on schizophrenic patients with violent behavior.

**Material and Methods:** This study was a research and development design (R&D). The study had the following 4 steps; 1) identifying problems and needs by using descriptive study to explore risk factors related to violent behavior among 117 schizophrenic patients, including conducting 5 psychiatric nurses interview in nursing for schizophrenic patients with violent behavior 2) designing and developing the self-management program for schizophrenic patients with violent behavior 3) comparing severity of violent behavior by using Prasri violent severity scale (PVSS) between experimental and control group (n = 20 for each group) at baseline, 2 weeks and 4 weeks after the program and 4) evaluating the program.

**Results:** The development of integrative nursing therapies on schizophrenic patients with violent behavior was the self-management program for schizophrenic patients with violent behavior composed of 6 activities including 1) finding risk of violent behavior 2) knowledge about schizophrenia and violent behaviors 3) symptoms self-management and decrease violent behavior 4) self-control of violent behaviors 5) coping with self-regulation and 6) self-evaluation. Mean scores of violent behaviors of violent behaviors in the experimental group were lower than that of the control group in 2 weeks ( $3.2 \pm 2.70$ ) and 4 weeks ( $3.7 \pm 3.51$ ) significantly ( $p$ -value < 0.05).

**Conclusion:** The integrative nursing therapy program on schizophrenic patients can decrease the level of violent behavior.

**Keywords:** the integrative nursing therapeutic, schizophrenic patients, violent behavior

## บทนำ

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกทางวาจา การทำลายข้าวของ การทำร้ายตนเอง และทำร้ายร่างกายผู้อื่นที่มีเป้าหมายให้ผู้อื่นเกิดอันตรายโดยตรง<sup>1</sup> เป็นการแสดงออกที่พบได้มากและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช มีอัตราความชุกในชุมชนร้อยละ 24.6<sup>2</sup> จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เกิดความรู้สึกผิด ทุกข์ทรมานใจ เสียใจ วิตกกังวล เครียด และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมเป็นที่รังเกียจ หวาดกลัวที่จะได้รับอันตรายจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นภาระในการดูแลแก่ญาติ<sup>3</sup> ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นอยู่เป็นครั้งคราวขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วย

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ประวัติพฤติกรรมรุนแรง ที่มีแนวโน้มถูกระงับได้ง่าย และใช้การเผชิญปัญหาแบบรุนแรงเพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย<sup>4</sup> ประวัติการใช้สารเสพติด<sup>5-6</sup> บุคลิกแบบไซโคพาธ ขาดความเห็นใจผู้อื่นหรือความยับยั้งชั่งใจ<sup>7</sup> บุคลิกแบบหุนหันพลันแล่น วุ่นวาย ตัดสินใจเร็ว<sup>8,9</sup> บุคลิกรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ การควบคุมตนเอง และการแสดงออกที่หุนหัน<sup>10</sup> นอกจากนี้ อาการทางจิตที่รุนแรง โดยเฉพาะอาการแสดงทางบวก<sup>11-12</sup> การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องอาการทางจิตและการเกิดพฤติกรรมรุนแรง รวมทั้งทักษะการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองให้เหมาะสม นำไปสู่การยับยั้งปัจจัยเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงโดยทั่วไป เป็นการประเมินเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงที่เสี่ยงจากพฤติกรรมรุนแรง การจำกัดพฤติกรรมทั้งโดยให้อยู่ในห้องแยก และการผูกข้อมือ การให้ยาฉีดตามแผนการรักษา ร่วมกับโปรแกรมทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>13-14</sup> และจากรายงานอุบัติเหตุร้ายแรงที่เสี่ยงของหน่วยงานทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปิงบประมาณ 2561 พบว่าพฤติกรรมรุนแรงเกิดจาก ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 24.70 ทำลายข้าวของ ร้อยละ 6.57 ทำร้ายบุคลากร ร้อยละ 3.50 และเป็นอันตรายต่อตนเอง ร้อยละ 3.36 และยังพบว่าพฤติกรรมรุนแรง เป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบร้อยละ 81.97 จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของการจัดการดูแลทางการพยาบาล

ดังนั้น การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาจากสภาพปัญหาผู้ป่วยและบริบทการพยาบาลที่ยังคงเป็นปัญหามาออกแบบ โดยประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการตนเอง<sup>15</sup> ผสมผสานกับแนวคิดสัมพันธภาพบำบัด<sup>16</sup> แนวคิดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา<sup>17</sup> และแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง<sup>18</sup> พัฒนาเป็นโปรแกรมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่มุ่งเน้นการยับยั้งปัจจัยอาการทางจิตที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยมีเป้าหมายในการลดและป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเพื่อเป็นกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา (Need analysis: Research1 (R1)) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การศึกษา “ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ได้ตัวแปรที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ภายใน 1 ปี มีประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี ระดับของอาการทางจิต บุคลิกแบบไซโคพาท บุคลิกหุนหันพลันแล่น และบุคลิกรุนแรง ตัวแปรตาม คือ ระดับพฤติกรรมรุนแรง จากนั้นนำมาศึกษาด้วยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นการบันทึกตามประวัติในเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ภายใน 1 ปี และประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี

2. แบบวัดระดับอาการทางจิต (Clinical Global Impression Scale (CGI-S)

ที่ประเมินโดยแพทย์ประจำบ้านหรือจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้ที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เครื่องมือที่วัดเป็นระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แบ่งการวัดเป็น 7 ระดับ คือ 1 ถึง 7<sup>19</sup>

3. แบบวัดลักษณะไซโคพาทด้วยตนเองลีเวนสัน (Levenson Self-Report Psychopathy Scale: LSRP) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentricity) การไร้ความปราณี (callousness) และการต่อต้านสังคม (antisocially) เป็นการประเมินแบบ Linkert scale คะแนน 1-5 จำนวน 26 ข้อคำถาม คะแนนรวมระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลค่า คะแนนประเมินสูงสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมรุนแรงสูง<sup>20</sup> ค่า Cronbach's reliability coefficient alpha เท่ากับ 0.80

4. แบบวัดความหุนหันพลันแล่นบารรััดด์ (Barratt Impulsiveness Scale: BIS-11) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความสนใจ (attentional) ด้านพฤติกรรมแสดงออก (motor) และด้านขาดการวางแผน (non planning) ประเมินเป็นแบบมาตรวัดค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนน 1-4 จำนวน 30 ข้อคำถาม คะแนนรวมระหว่าง 30-120 คะแนน การแปลค่า คะแนนสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความหุนหันพลันแล่นสูง<sup>21</sup> ค่า Cronbach's reliability coefficient alpha เท่ากับ 0.60

5. แบบสอบถามความก้าวร้าวบุสเพอร์รี่ (Buss-Perry Aggression Questionnaire:

BPQA) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรุนแรงทางกาย ความรุนแรงทางคำพูด ความโกรธแค้น และความรุนแรงแบบมุ่งร้ายเป็นการประเมินแบบ Linkert scale คะแนน 1-5 จำนวน 29 ข้อคำถาม คะแนนรวมระหว่าง 29-145 คะแนน การแปลค่าคะแนนประเมินสูงมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมรุนแรงสูง<sup>22</sup> ค่า Cronbach's reliability coefficient alpha เท่ากับ 0.94

6. แบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ (Prasri violence severity scale: PVSS) ใช้วิธีการประเมินโดยพยาบาลจิตเวช สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงต่อตนเอง 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบมาตรวัดค่า 3 - 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 - 32 คะแนน โดยมีการแปลค่าคะแนนดังนี้ ช่วง 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย ช่วง 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และช่วง 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง<sup>23</sup> ค่า Interrater reliability เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรง ใช้สถิติ Binary logistic regression และ Linear regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 117 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.8 อายุเฉลี่ย  $37.2 \pm 10.3$  ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา ร้อยละ 31.6 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 42.7 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี (OR = 2.82, 95%CI = 1.23, 6.45) 2) ประวัติพฤติกรรมรุนแรง ภายใน 1 ปี (OR = 5.67, 95%CI = 2.37, 14.02) และ 3) การมีระดับอาการทางจิตสูง (OR = 50.98, 95%CI = 13.83, 187.94) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนบุคลิกแบบไซโคพาธ (B = 0.105,  $p$ -value = .25, 95%CI = -0.003, 0.009) บุคลิกแบบหุนหันพลันแล่น (B = 0.051,  $p$ -value = .58, 95%CI = -0.007, 0.011) และบุคลิกแบบรุนแรง (B = 0.145,  $p$ -value = .11, 95%CI = -0.001, 0.007) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ทำการวิจัย

ประเด็นที่ 2 การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง” เป็นการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวชจำนวน 3 คน โดยใช้คำถามหลัก ดังนี้ 1) “คุณคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมรุนแรง” 2) “คุณคิดว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงคืออะไร” 3) “คุณคิดว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระบบการพยาบาลปัจจุบันเป็นอย่างไร” และ 4) “คุณคิดว่าควรมีการจัดการแก้ไขอย่างไรกับปัญหา

ที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ เมื่อกลับสู่ชุมชน”

ผลพบว่า พยาบาลจิตเวชมองว่า

1) ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากอาการทางจิตเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการแสดงด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิดแบบหวาดระแวง 2) เป้าหมายของการดูแลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะสั้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ระยะยาวหลังจำหน่ายสู่ชุมชน เป็นการลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ หรือลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมลง 3) การพยาบาลระยะสั้น ได้แก่ การสังเกต/การประเมิน การพูดคุย การจัดแยกจากสิ่งกระตุ้น การแยกในห้องแยก (seclusion room) การผูกยึด (restrain) และการฉีดยา ส่วนระยะยาวเป็นการให้คำแนะนำหรือฝึกทักษะการควบคุมความโกรธแบบรายบุคคล ซึ่งสถาบันฯ ยังไม่มีแนวทางบำบัดทางด้านจิตสังคมที่ชัดเจน 4) การจัดการแก้ไข ควรให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการทางจิตสงบให้ได้โดยเร็วขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และให้มีอาการทางจิตสงบได้นานที่สุด โดยผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการตนเองที่จะไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้แก่ มีอาการทางจิตรุนแรง การมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงภายใน 1 ปี และการมีประวัติใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องพยายามลดระดับพฤติกรรมรุนแรงลง ทั้งนี้รูปแบบบำบัดทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้น

ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรง ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 2** การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการบำบัดการพยาบาลแบบบูรณาการ (Design and development) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.1 กำหนดโครงสร้างโปรแกรมการบำบัด โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> ประยุกต์ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาล 3 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Peplau<sup>16</sup> กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Brown<sup>17</sup> และกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom<sup>18</sup> ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมรุนแรง 2) การพัฒนาการแก้ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง 3) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง 4) ยารักษาอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 5) การควบคุมตนเองกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 6) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 7) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง และ 8) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง กำหนดระยะเวลาการบำบัด 2 สัปดาห์

2.2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง

โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชจำนวน 3 คน คือ จิตแพทย์จำนวน 1 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน พบว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหา ค่า IOC ระหว่าง 0.33 - 0.67 จึงแก้ไขโดยตัดกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 และปรับปรุงเนื้อหาในกิจกรรมที่คงอยู่ให้สอดคล้อง ดังนั้นจึงมีกิจกรรมบ่าบัดในการทดลองครั้งนี้ 6 กิจกรรมทำให้มีความตรงเชิงเนื้อหา IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00

2.3 นำไปทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 5 คน ในบริบทภาคสนาม พบว่า ในสัปดาห์แรกของการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตรุนแรงโดยประเมินด้วยแบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบ่าบัดได้ ทีมวิจัยได้ทบทวนเกณฑ์การคัดเข้า โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตระดับไม่รุนแรง คะแนนระดับอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนน ดังนั้นโปรแกรมจะเริ่มให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้เมื่ออาการทางจิตไม่รุนแรง และเข้าร่วมจนครบ 6 กิจกรรมระยะเวลา 2 สัปดาห์

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research (R2)) เป็นการศึกษา “ประสิทธิผลของ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมรุนแรง” ที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองด้วยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ nonequivalent no-treatment control group time series วัดผลก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - วันที่ 31 มกราคม 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 14 - 60 ปี อาการเรื้อรังหรือ ระหว่างเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้ง นี้ มีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลางถึงระดับสูง (PVSS ระหว่าง 6 - 32 คะแนน) และมีเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงจนต้องส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น ระหว่างดำเนินการทดลอง และผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี match pair 2 ตัวแปร คือ ประวัติพฤติกรรมรุนแรงภายใน 1 ปี และประวัติการใช้สารเสพติดร่วมภายใน 1 ปี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณด้วยโปรแกรม G\*power version 3.1.9.7 ใช้การทดสอบรูปแบบ t-tests ทดสอบสถิติด้วย mean: difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบ a priori ขนาดอิทธิพล

สำหรับการทดสอบได้จากการวิจัย ซึ่งมีตัวแปรตามใกล้เคียงของพังก์กัล ฟางแก้ว<sup>13</sup> และกัญญาวรรณ ระเบียบ<sup>24</sup> ได้ค่าเฉลี่ย effect size  $d = 0.82$  กำหนดค่า B err prob = 0.05, ค่า power  $(1 - B \text{ err prob}) = 0.08$  ได้ตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 006/2562 และเลขที่ 018/2563 ผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลการวิจัยตามเอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถามได้ กรณีผู้ป่วยที่สามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยอธิบายเนื้อหาและให้ผู้ป่วยลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงถึงการเก็บเป็นความลับ แต่จะนำผลการวิจัยเสนอเป็นแบบภาพรวม และเพื่อทางวิชาการเท่านั้น รวมถึงกรณีปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือการถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” ที่พัฒนาและได้รับการตรวจสอบแล้วในขั้นตอนที่ 2 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> และประยุกต์แนวคิดการบำบัดทางการพยาบาล 3 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau<sup>16</sup>

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Brown<sup>17</sup> และ กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom<sup>18</sup> ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ จำนวน 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 2) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง 3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง และ 6) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ (PVSS) ดังรายละเอียดในขั้นตอนที่ 1

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินคัดกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิตทั้งอาการแสดงด้านบวกอาการแสดงด้านลบและอาการแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 18 อาการ วัดระดับความรุนแรงด้วยมาตราส่วนประมาณค่าแบบ 7 ระดับ โดย 1 คะแนน เท่ากับไม่มี ถึง 7 คะแนน เท่ากับมากที่สุด<sup>24</sup> ค่า Intra-Class Correlation (ICC) เท่ากับ 0.8

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยทำความเข้าใจการบำบัดทางการพยาบาล ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท และพฤติกรรมรุนแรง จากนั้นเตรียมสถานที่ในการทำกิจกรรม ประสานกับหัวหน้าหอและทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยให้เข้าใจถึงวัน เวลา ขั้นตอน ที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกใช้ห้องกลุ่มกิจกรรมของหอผู้ป่วยสตูดิโอ และอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง 2) ระยะดำเนินการ

ทดลอง นำโปรแกรมไปใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ รวมเป็น 6 กิจกรรม สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ 3) ระยะเวลาติดตามผล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการวัดระดับพฤติกรรมรุนแรงตามเวลา คือ ก่อนการทดลอง (T1) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และ 4 สัปดาห์ (T3)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของพฤติกรรมรุนแรง ในช่วงก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มทดลองและควบคุม ใช้สถิติ Repeated-measures analysis of variance (ANOVA) และ ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมรุนแรงใช้ Chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการนำไปใช้ (evaluation: development2) หลังสิ้นสุดการทดลอง ในขั้นตอนที่ 3 ไม่พบว่ามีเนื้อหาที่ต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมไปขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในสถาบันฯ โดยจัดประชุมชี้แจงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบการบำบัดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย พร้อมแจกคู่มือโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับนำเสนอต่อทีมนำทางคลินิกของสถาบัน เพื่อเป็นกระบวนการหลักในการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

#### ผล

1. การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 นำมาพัฒนา “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 6 กิจกรรม รายละเอียดสรุปได้ดังตารางที่ 1

2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของ “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 30.0 มีประวัติรุนแรงภายใน 1 ปี ร้อยละ 30.0 และมีประวัติไม่ใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี ร้อยละ 26.0

จากตารางที่ 2 และภาพที่ 1 พบว่า พบว่า ก่อนทดลอง (T1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $19.8 \pm 7.11$ ) และกลุ่มควบคุม ( $19.9 \pm 8.34$ ) ไม่มีความแตกต่างกัน หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $3.2 \pm 2.70$ ) และกลุ่มควบคุม ( $8.4 \pm 6.59$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $3.7 \pm 3.51$ ) และกลุ่มควบคุม ( $9.5 \pm 4.40$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ

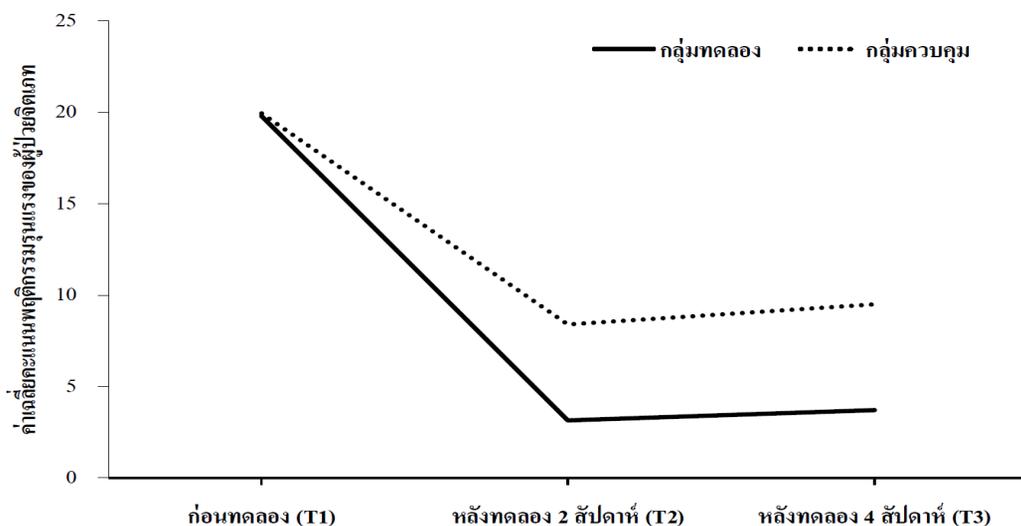
## ตารางที่ 1 กิจกรรมและเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

| กิจกรรม   | เนื้อหา  | สัปดาห์      |
|---|--|--------------|
| 1. การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง              | - การใช้สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทบทวนสาเหตุที่ก่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง เข้าใจในตนเอง   | สัปดาห์ที่ 1 |
| 2. โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง                   | - กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง และผลกระทบต่อตนเองภายหลังเกิดพฤติกรรมรุนแรง       | สัปดาห์ที่ 1 |
| 3. การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง   | - กลุ่มสุขภาพจิต มีความรู้ และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตขณะกำเริบด้วยตนเอง   | สัปดาห์ที่ 1 |
| 4. การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง              | - กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกภายในใจต่ออาการกำเริบในการลดพฤติกรรมรุนแรง ให้ผู้ป่วยมั่นใจในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิต             | สัปดาห์ที่ 2 |
| 5. การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง | - กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงปัญหา อุปสรรคของการเผชิญปัญหาของการหยุดพฤติกรรมรุนแรง และเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถตนเอง                         | สัปดาห์ที่ 2 |
| 6. การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง    | - กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ช่วยทบทวนการเปลี่ยนแปลงตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มและเป็นการให้สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง | สัปดาห์ที่ 2 |

## ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเวลาก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T4) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| การทดลอง                 | กลุ่มทดลอง<br>(n = 20 คน) |      | กลุ่มควบคุม<br>(n = 20 คน) |      | F     | p-value | effect size<br>(Partial $\eta^2$ ) |
|--------------------------|---------------------------|------|----------------------------|------|-------|---------|------------------------------------|
|                          | Mean                      | SD   | Mean                       | SD   |       |         |                                    |
| ก่อนทดลอง (T1)           | 19.8                      | 7.11 | 19.9                       | 8.34 | 0.00  | 0.95    | 0.00                               |
| หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) | 3.2                       | 2.70 | 8.4                        | 6.59 | 10.94 | 0.00*   | 0.22                               |
| หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) | 3.7                       | 3.51 | 9.5                        | 4.40 | 21.26 | 0.00*   | 0.35                               |

\*p-value &lt; 0.05, repeated-measures analysis of variance (ANOVA)



ภาพที่ 1 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามเวลา ก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยตามระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามเวลา ก่อนทดลอง (T1) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

| การทดลอง                 | จำนวนระดับพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ) |                           |                        | p-value  |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------------------|----------|
|                          | เล็กน้อย<br>(0 - 5 คะแนน)         | ปานกลาง<br>(6 - 13 คะแนน) | สูง<br>(14 - 32 คะแนน) |          |
| ก่อนการทดลอง (T1)        |                                   |                           |                        |          |
| กลุ่มทดลอง               | 0 (0.0)                           | 4 (10.0)                  | 16 (40.0)              | 0.46     |
| กลุ่มควบคุม              | 0 (0.0)                           | 6 (15.0)                  | 14 (35.0)              |          |
| หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) |                                   |                           |                        |          |
| กลุ่มทดลอง               | 18 (45.0)                         | 2 (5.0)                   | 0 (0.0)                | < 0.001* |
| กลุ่มควบคุม              | 9 (22.5)                          | 9 (22.5)                  | 2 (5.0)                |          |
| หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) |                                   |                           |                        |          |
| กลุ่มทดลอง               | 18 (45.0)                         | 2 (5.0)                   | 0 (0.0)                | < 0.001* |
| กลุ่มควบคุม              | 3 (7.5)                           | 15 (37.5)                 | 2 (5.0)                |          |

\*p-value < 0.05, chi-square test

พฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงก่อนทดลอง (T1) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับพฤติกรรมรุนแรงไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.0 มีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมรุนแรงเล็กน้อยและปานกลางจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ทั้งสองกลุ่มจึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 45.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อภิปรายผลวิจัย ดังนี้

**ส่วนที่ 1** การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าการมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงภายใน 1 ปี และการมีประวัติใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มที่ถูกกระตุ้นจากอาการทางจิตที่กำเริบ หรือสภาพแวดล้อมที่กดดันได้ง่าย ทำให้ใช้ความรุนแรงในการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย<sup>5-6</sup> ส่วนปัจจัยจากอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา พบว่าอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการหลงผิดแบบหวาดระแวง

เป็นตัวกระตุ้นความเครียด จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองจนเกิดพฤติกรรมรุนแรง<sup>11-12,26-27</sup>

ผลการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชมีความคิดเห็นว่าการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ควรช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่ระยะสงบจากอาการทางจิตสงบ การบำบัดพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองจากอาการทางจิตก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาริณี ธิรพัทรพันธ์<sup>28</sup> ได้อธิบายเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีปัจจัยด้านพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนต่อปัญหาของพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การมีพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ได้

การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สร้างได้เป็น “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับการอธิบายของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> ว่าผู้ป่วยต้องเข้าใจบริบทซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องจากปัญหาสุขภาพของตนเอง ก่อนเข้าสู่กระบวนการอื่น ๆ ของการจัดการตนเองด้วยรูปแบบสัมพันธภาพบำบัดตามแนวคิดของ Peplau<sup>16</sup> มองว่าการแก้ปัญหาอาการทางจิตต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล 2) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง และ

3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง Ryan & Sawin<sup>15</sup> อธิบายว่าเป็นกระบวนการจัดการตนเอง ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง นำไปสู่ผลที่ตนเองคาดหวัง ด้วยรูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่ง Brown<sup>17</sup> อธิบายว่า การเรียนเชิงวิชาการแบบชั้นเรียนร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นพื้นฐานแรกของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ให้ผู้ป่วยเกิดการรู้จักในสิ่งที่คาดหวัง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหา การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง และ 6) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง จากแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> อธิบายว่า การฝึกให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย การสังเกตอาการ ตัดสินใจ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการควบคุมตนเองที่จะเผชิญกับการคุกคามจากความเจ็บป่วย โดยการบำบัดด้วยรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่ง Yalom<sup>18</sup> อธิบายว่า เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหา ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดต่าง ๆ กล้าเปิดเผยตนเอง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงตนเอง ดังนั้นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

**ส่วนที่ 2** ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนทดลอง (T1)

และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมฯ กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมฯ กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อการลดพฤติกรรมรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Zou และคณะ<sup>29</sup> ที่ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 13 เรื่อง และสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Lean และคณะ<sup>30</sup> ที่ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 37 เรื่อง อธิบายผลการศึกษาว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้ความรู้ในการจัดการตนเองจะทำให้อาการทางจิต โดยเฉพาะอาการแสดงทางบวกลดลงได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลวิธีอื่น ๆ อธิบายได้ว่า อาการทางจิตเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง ดังนั้น เมื่ออาการทางจิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น ย่อมส่งผลต่อการลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้เช่นกัน<sup>27</sup>

## สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดทางการพยาบาลโดยตรง ด้วยการผสมผสานแนวคิดการจัดการ

ตนเอง มาประยุกต์ร่วมกับรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลด้วยสัมพันธ์ภาพบำบัด กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ด้วยการออกแบบเป็น โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จึงมีผลต่อการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปขยายผลสู่การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเป็นกระบวนการหลักในการบำบัดทางการพยาบาลของสถาบันฯ สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้

#### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ติดตามและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดตามโปรแกรมฯ เป็นระยะยาวขึ้น เช่น ติดตามหลังจำหน่ายทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือติดตามในเดือนที่ 3 หรือเดือนที่ 6 เป็นต้น และอาจใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดตามโปรแกรมฯ โดยจัดเป็นระบบเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน นอกจากนี้ การนำไปใช้ปฏิบัติทางการพยาบาล ควรมีการจัดอบรมแก่พยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่บำบัด เพื่อให้มีทักษะและเกิดความมั่นใจในการบำบัดมากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. Soyka M. Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37(5): 913-20.
2. เวนิช บูราชรินทร์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2554; 25(3): 24-37.
3. Tam E, Engelsmann F, Fugere, R. Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. *Psychiatr Serv* 1996; 47(1): 86-8.
4. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67(2-3): 247-52.
5. Edlinger M, Rauch AS, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Fleischhacker WW, Hofer A. Risk of violence of inpatients with severe mental illness do patients with schizophrenia pose harm to others?. *Psychiatry Res* 2014; 219(3): 450-6.
6. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6(8): 1-15.
7. Krakowski MI, Czobor P. Distinctive profiles of traits predisposing to violence in schizophrenia and in the general population. *Schizophr Res* 2018; 202: 267-73.
8. Hoptman MJ, Antonius D, Mauro CJ, Parker EM, Javitt DC. Cortical thinning, functional connectivity, and mood-related impulsivity in schizophrenia: relationship to aggressive attitudes and behavior. *Am J Psychiatry* 2014; 171(9): 939-48.
9. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8(2): 1-15.
10. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(5): 711-26.
11. Bushman BJ. Moderating role of trait aggressiveness in the effects of violent media on aggression. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(5): 950-60.

12. Darrell-Berry H, Berry K, Bucci S. The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review. *Schizophr Res* 2016; 172(1-3): 169-76.
13. พยุงศักดิ์ ฟางแก้ว. ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
14. วรณวิภา ชำนาญ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, สมบัติสกุลพรรณ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *พยาบาลสาร* 2560; 44(3): 125-33.
15. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009; 57(4): 217-25.
16. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Co, Inc.; 1991.
17. Brown WN. *Psychoeducational groups: process and practice*. New York: Routledge Taylor and Francis Group; 2015.
18. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1991.
19. Busner J, Targum S. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry* 2007; 4(7): 28-37.
20. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68(1): 151-8.
21. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768-74.
22. Buss AH, Perry MP. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63: 452-9.
23. หวาน ศรีเรือนทอง, ชรณินทร์ กองสุข, สุภัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทงนค์, จินตนา ถึงจงเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61(3): 253-66.
24. กัญญาวรรณ ระเบียบ. ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
25. Overall J, Gorham D. The brief psychiatric rating scale. *Psych Report* 1962; 10: 799-812.
26. Keers R, Ullrich S, BL. D. Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 332-29.
27. Lamsma J, Harte JM. Violence in psychosis: Conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggress. Violent Behav* 2015; 24: 75-82.
28. จาริณี ธิรพัทรพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิमान [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
29. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22(3): 256-71.
30. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2019; 214(5): 260-8.