



# ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท Selected Factors Related to Violent Behavior in Community of Schizophrenic Patients

ศิริพรรณ ธนันชัย\* จินตนา ยูนิพันธุ์\*\*

Siripun Thanunchai,\* Jintana Yunibhand\*\*

\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\*\* Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\* Corresponding Author: Bm25siri29@gmail.com

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 105 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย 3) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 5) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 6) แบบประเมินความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) เครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร และค่าสหสัมพันธ์พอยบัสซีเรียล

Received: April 28, 2019; Revised: October 11, 2019; Accepted: October 18, 2019



#### ผลการวิจัย พบว่า

1. ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ คือ การกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรง ร้อยละ 84.80 และระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive acts) ร้อยละ 42.90
2. บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เพศ อาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมรุนแรง ปัจจัยคัดสรร ระดับของพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### Abstract

The purposes of this descriptive correlational research were 1) to study the characteristics and violent behavior level in community of schizophrenia patients, and 2) to study the relationships between selected factors including age, gender, antisocial personality disorder, history of violent behavior, history of substance abuse, medication adherence behavior, positive and negative symptoms with violent behavior. A total sample of 105 schizophrenic patients in community, who met the inclusion criteria, was drawn from out-patient departments of Galya Rajanagarindra Institute, Suanprung Hospital, and Suansaranrom Hospital. Research instruments consist of six questionnaires namely: 1) Demographic data sheet, 2) The Thai version of the MINI International Neuropsychiatric Interview, 3) The Thai version of the Positive Syndrome Scale, 4) The Thai version of the Negative Syndrome Scale, 5) The Medication Adherence Behavior Scale, and 6) MacArthur Community Violence Instrument : MCVI. All instruments were validated for content validity by 5 experts and tested for reliability. Statistic techniques utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, contingency coefficient and point biserial correlation. Findings were summarized as follows:

1. The characteristics of behavior in community of schizophrenia patients is destroy things was 84.80% and violent behavior level in community of schizophrenia patients is aggressive acts was 42.90%
2. Antisocial personality disorder, history of substance abuse, history of violent behavior, positive symptoms and medication adherence behavior was positively related to violent behavior of schizophrenic patients in community, at .05 level. ( $C = .344, .544, .655$  and  $r_{pb} = .181, .046$  respectively.) Age was negatively related to violent behavior of schizophrenic patients in community, at .05 level. ( $r_{pb} = -.232$ )



3. Gender and negative symptoms were not significantly related to violent behavior of schizophrenic patients in community.

**Keywords :** violent behavior, selected factors, degree of violent behavior, schizophrenic patients in community

### ≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

ในปัจจุบันสิ่งที่พบเห็นตามข่าวหรือตามสื่อต่างๆ มักจะเป็นข่าวที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น และบ่อยครั้งที่พบว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ส่วนใหญ่การแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่พบ ได้แก่ การก้าวร้าวทางวาจาและท่าทาง การแสดงพฤติกรรมทางเพศที่รุนแรง เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา มากมาย และมักจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่า ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่มีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อนแต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเพทยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น<sup>1</sup> และในแต่ละปีพบว่า มีประชากรมากกว่าห้าแสนคนที่เสียชีวิตจากการใช้ความรุนแรง<sup>2</sup> จากการศึกษาสาเหตุการตายในไทยของ The global burden of disease study<sup>3</sup> พบว่าการทำร้ายตนเองและการใช้ความรุนแรงระหว่างบุคคล ถือเป็นสาเหตุลำดับที่ 6 และพบว่า เป็น

การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นสาเหตุลำดับที่ 10 ของคนไทย นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการตายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า การฆ่าตัวตายและการถูกผู้อื่นฆ่า เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 4 และ 5 ตามลำดับ<sup>4</sup> โดยพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงนั้นมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง โดย 1 ใน 20 ของการเกิดความรุนแรงหรือคดีอาชญากรรมเกิดจากผู้ป่วยจิตเภท<sup>5</sup>

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน ถือเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญในการดูแลให้การพยาบาล พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างทันด่วนที่ก่อนที่จะลุกลามไปถึงขั้นเกิดความรุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและทรัพย์สิน<sup>6</sup> บ่อยครั้งที่พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ทำทางไม่เป็นมิตร บางรายขัดขึ้นใช้กำลังทำอันตรายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานขณะนั้น หรือบางครั้งจะแสดงออกโดยการทำร้ายร่างกายผู้ป่วยอื่น ทำร้ายตนเอง การเกิดพฤติกรรมรุนแรงไม่ว่าจะรุนแรงที่ระดับใดย่อมส่งผลกระทบต่อตามมา คือ ตัวผู้ป่วย ผู้อื่น ญาติ หรือคนในชุมชน ทำให้ได้รับบาดเจ็บ และเกิดความหวาดกลัวอันตรายจากความเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยทำร้าย และยังกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนอีกด้วย<sup>7</sup>



โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงถึงร้อยละ 1 – 2 ของประชากรโลก<sup>8</sup> ถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากในประเทศไทยเช่นเดียวกัน ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นทุกปี<sup>9</sup> ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิดและการรับรู้ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์<sup>2</sup> ผู้ป่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชมักจะมีมาด้วยอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ก้าวร้าว รุนแรง ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ ในผู้ป่วยบางรายก็มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น และทรัพย์สิน บางรายก็ก่อเหตุสะเทือนขวัญ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิต และบ่อยครั้งที่พบเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วกลับไปก่อคดีซ้ำ หรือมีพฤติกรรมรุนแรงจนคนในชุมชนหวาดกลัว ทำให้บางครั้งบุคคลในชุมชนที่ไม่เข้าใจก็กระทำพฤติกรรมรุนแรงโต้ตอบกับผู้ป่วยเช่นเดียวกัน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนต่อไปได้ จนต้องถูกนำส่งมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช

พฤติกรรมรุนแรงเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่พบมากในกลุ่มที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นการกระทำใดๆ ในทางลบที่เกิดขึ้นโดยเจตนาต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นให้ได้รับบาดเจ็บหรือทุกข์ทรมานไม่ว่าจะเป็นทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจ โดยได้กระทำซ้ำๆ หลายครั้งเป็นเวลานานเป็นการกระทำทั้งโดยทางตรง เช่น การทำร้ายร่างกาย ได้แก่ ตบตี ผลัก เตะ ต่อย หรือการใช้วาจาทำร้ายจิตใจ ได้แก่ ข่มขู่ ล้อเลียน ทำให้้อบาย ถูกเหยียดหยาม และการกระทำโดยทางอ้อม เช่น การปฏิเสธไม่ยอมรับให้เข้าสังคม หรือถูกให้ออกจากกลุ่ม โน้มน้าวเพื่อนคนอื่นไม่ให้สนใจไม่ให้พูดคุย ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีเหตุกระตุ้นก่อนก็ได้พฤติกรรมเหล่านี้

อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาความก้าวร้าวไปสู่ความรุนแรงได้อีกหลากหลายรูปแบบ<sup>10</sup>

Monahan และคณะ<sup>11</sup> ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บทางกายภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) พฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง (Serious violence) เป็นการบีบบังคับ ข่มขู่ คุกคามทางเพศ หรือมุ่งทำร้าย โดยใช้ อาวุธทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือจนถึงแก่ความตาย 2) พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive acts) เป็นการบีบบังคับ ข่มขู่ คุกคามทางเพศ หรือมุ่งทำร้าย โดยปราศจากอาวุธ ทำให้ได้รับบาดเจ็บ และ 3) พฤติกรรมขู่ บังคับทางกาย (Physically assaultive behaviors) เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่า เป็นพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นการกระทำของบุคคลต่อบุคคลอย่างตั้งใจหรือเจตนาที่จะมุ่งให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตหรือหรือต่อกระบวนการสำคัญของชีวิต ด้วยกำลังทางกาย หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอุปกรณ์ หรืออาวุธอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสีย การหยุดยั้งหรือความผิดปกติของการเจริญเติบโต เกิดผลร้ายต่อจิตใจ หรือการสูญเสียเผ่าพันธุ์<sup>12</sup>

จากการศึกษา MacArthur Risk Assessment Study ได้จำแนกปัจจัยของพฤติกรรมรุนแรงของบุคคลออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากรศาสตร์ บุคลิกภาพ และความสามารถทางปัญญา 2) ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติในอดีต ได้แก่ ประวัติการก่อความรุนแรงและก่ออาชญากรรมในอดีต 3) ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ความเครียด การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงสาเหตุการก่อความรุนแรง และ 4) ปัจจัยทางคลินิก เช่น อาการ รูปแบบของการป่วย การใช้สารเสพติด และการยินยอมเข้ารับการรักษา<sup>13</sup>

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท และได้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงแล้วนั้น แต่ก็ยังพบว่า มีการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับรูปแบบการพยาบาลในปัจจุบันยังไม่ได้มีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างชัดเจน การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้แนวคิดของ Monahan และคณะ<sup>11</sup> โดยคัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนให้เหมาะสมต่อไป

### ==== คำถามการวิจัย =====

1. ลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือไม่

### ==== วัตถุประสงค์การวิจัย =====

1. เพื่อศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้าน

สังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

### ==== สมมติฐานการวิจัย =====

เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

### ==== กรอบแนวคิดการวิจัย =====

การศึกษานี้เป็นการศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Monahan และคณะ<sup>11</sup> ที่กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บทางกายภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) พฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง (Serious violence) เป็นการบีบบังคับ ช่มชู้ คุกคามทางเพศ หรือมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือจนถึงแก่ความตาย 2) พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive acts) เป็นการบีบบังคับ ช่มชู้ คุกคามทางเพศ หรือมุ่งทำร้ายโดยปราศจากอาวุธ ทำให้ได้รับบาดเจ็บ และ 3) พฤติกรรมขู่บังคับทางกาย (Physically assaultive behaviors) เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าว และได้คัดเลือกตัวแปรต้นโดยการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ อายุ

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดความรุนแรง อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกไปแล้ว 20 สัปดาห์ ขณะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวนประชากรทั้งหมด 117,519 คน<sup>1</sup>

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 20 สัปดาห์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Yamane<sup>17</sup> ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการ ศึกษาครั้งนี้ คือ 105 คน โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภท มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 20 สัปดาห์

3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

4. ได้รับอนุญาตจากญาติของผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของญาติ

5. ไม่มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองในลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ครั้งแรก ระยะเวลาของการป่วยโรคจิตเวช ประวัติการรักษาโรคจิตเวช ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และประวัติการใช้สารเสพติด

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I.) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ<sup>18</sup> เครื่องมือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการประเมินและติดตามผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพและถูกต้องมากขึ้น เครื่องมือมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัย สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินเฉพาะชุดวินิจฉัย K. Non-Alcohol Psychoactive Substance Use Disorder และชุดวินิจฉัย P. Antisocial Personality Disorder (optional) เพื่อช่วยประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดและมีลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติ ด้านต่อต้านสังคมหรือไม่

**ส่วนที่ 3** แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ<sup>19</sup> ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและ



ได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางบวก (Positive symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

**ส่วนที่ 4** แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ<sup>19</sup> ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูง และได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการด้านลบ (Negative symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร<sup>20</sup> เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1 – 9 เป็นด้านการใช้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษา คำถามที่ 10 – 18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต คำถามแบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14 และ 17 และเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16 และ 18 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบ

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินระดับพฤติกรรมความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) ตามกรอบแนวคิดของ Monahan และคณะ<sup>11</sup> ที่ได้รับการแปลโดยการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ลักษณะของข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ

หากประเมินแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหรือพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อยหนึ่งข้อ หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรุนแรง จากนั้นผู้วิจัยซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนที่ 2 เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์จำแนกเป็นระดับของความรุนแรง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** (Content validity) เนื่องจากเครื่องมือส่วนอื่นนั้นเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือเฉพาะแบบประเมินระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งผลการตรวจสอบ CVI = 0.81, 0.91, 0.93, 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ

**การตรวจสอบความเที่ยง** (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 6 ชุดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94, 0.88, 0.94, 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อาจไม่มีผลต่อการบริการที่จะได้รับ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 66 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 45 นาที

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. โรงพยาบาลสวนปรุง หมายเลขรับรอง 6/2560 วันที่ให้การรับรอง 4 พฤษภาคม 2560 และวันหมดอายุใบรับรอง 3 พฤษภาคม 2561
2. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 30 - 2560 วันที่รับรอง 28 เมษายน 2560 และวันหมดอายุ 27 เมษายน 2561
3. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการวิจัย SSR REC 05/2560 วันที่รับรอง 3 มีนาคม 2560 และวันหมดอายุ 2 มีนาคม 2561

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. อายุ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาค่าคะแนนอาการทางจิต อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรง หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจจร (Contingency coefficient)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation)

#### ผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การศึกษาลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เป็นลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ คือ การกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรง จำนวน 89 คน ร้อยละ 84.80 รองลงมา คือ เคยตีหรือทำร้ายผู้อื่นด้วยกำปั้นหรือวัตถุ จำนวน 37 คน ร้อยละ 35.20 ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทตาม



แนวคิดของ Monahan และคณะ<sup>11</sup> พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90 รองลงมา คือ พฤติกรรมชู้บังคับทางกาย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60 และ พฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10

ส่วนที่เหลือ คือ ไม่พบพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.40 ดังนั้นระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่พบมากที่สุดของการศึกษาครั้งนี้ คือ ระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายข้อ (n = 105)

| พฤติกรรมรุนแรง  | ไม่ใช่ |        | ใช่   |        |
|---|--------|--------|-------|--------|
|   | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| คุณเคยชู้บังคับให้ผู้อื่นร่วมเพศกับคุณ                  | 104    | 99.00  | 1     | 1.00   |
| คุณเคยใช้มีดหรือยิงปืนใส่ผู้อื่นหรือไม่                 | 103    | 98.10  | 2     | 1.90   |
| คุณชู้บังคับผู้อื่นด้วยมีด/ปืน/อาวุธที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต | 94     | 89.52  | 11    | 10.48  |
| คุณเคยผลักหรือกระชากผู้อื่นหรือไม่                      | 92     | 87.62  | 13    | 12.38  |
| คุณเคย ตะ กัดหรือบีบคอผู้อื่นหรือไม่                    | 87     | 82.86  | 18    | 17.14  |
| คุณเคยตบผู้อื่นหรือไม่                                  | 77     | 73.30  | 28    | 26.70  |
| คุณเคยขว้างปาสิ่งของบางอย่างใส่ผู้อื่นหรือไม่           | 74     | 70.50  | 31    | 29.50  |
| คุณเคยตีหรือทำร้ายผู้อื่นด้วยกำปั้นหรือวัตถุหรือไม่     | 68     | 64.80  | 37    | 35.20  |
| คุณเคยกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรง          | 16     | 15.20  | 89    | 84.80  |

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n = 105)

| ระดับพฤติกรรมรุนแรง                                       | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive acts)                        | 45    | 42.90  |
| พฤติกรรมชู้บังคับทางกาย (Physically assaultive behaviors) | 30    | 28.60  |
| พฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง (Serious violence)             | 18    | 17.10  |
| ไม่พบพฤติกรรมรุนแรง                                       | 12    | 11.40  |
| รวม   | 105   | 100.00 |

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ประวัติการใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท



**ตารางที่ 3** ค่าสหสัมพันธ์ตารางการณัจร (C) ระหว่างเพศ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n = 105)

| ตัวแปร                       | พฤติกรรมรุนแรง |         |
|------------------------------|----------------|---------|
|                              | C              | p-value |
| เพศ                          | 0.234          | 0.636   |
| บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม     | 0.368*         | 0.037   |
| ประวัติการใช้สารเสพติด       | 0.622*         | 0.000   |
| ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง | 0.707*         | 0.000   |

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ( $C = 0.368$ ) ประวัติการใช้สารเสพติด ( $C = 0.622$ ) ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ( $C = 0.707$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

**ตารางที่ 4** ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ( $r_{ph}$ ) ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (n = 105)

| ตัวแปร                           | พฤติกรรมรุนแรง |         |
|----------------------------------|----------------|---------|
|                                  | ( $r_{ph}$ )   | p-value |
| อายุ                             | -0.330*        | 0.001   |
| อาการทางบวก                      | 0.215*         | 0.031   |
| อาการทางลบ                       | -0.018         | 0.860   |
| พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา | 0.200*         | 0.046   |

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า อายุ ( $r_{ph} = -0.330$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาการทางบวก ( $r_{ph} = 0.215$ ) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ( $r_{ph} = 0.200$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงและระดับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในชุมชนผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่กระทำต่อผู้อื่น และสิ่งของ จำแนกตามระดับความรุนแรง พบว่า ในชุมชนผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการแสดงพฤติกรรม

ก้าวร้าว รองลงมา คือ พฤติกรรมชู้บังคับทางกาย และไม่พบพฤติกรรมรุนแรง ส่วนที่เหลือ คือ พฤติกรรมรุนแรงระดับร้ายแรง ซึ่งสอดคล้องกับขนาดของปัญหาจากการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทของ Monahan และคณะ<sup>11</sup>

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก อาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ตัวแปร คือ อายุ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอยู่ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยกว่า ทำให้มีการแสดงความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมตามที่ตนต้องการ และขาดทักษะในการเผชิญปัญหา การแก้ไขความขัดแย้ง อีกทั้งมักจะมีการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีการแสดงออกโดยการใช้ความรุนแรงเพื่อแก้ไขปัญหานั้นง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ

ในช่วง 18 – 40 ปี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ<sup>7,16,21</sup>

**บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม จะมีลักษณะบุคลิกภาพของคนที่ไม่เคารพและล่วงเกินสิทธิของผู้อื่น ที่มักจะมีพฤติกรรมเริ่มต้นมาแต่เด็กและวัยรุ่น และต่อเนื่องมาจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ ก็มักจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาเพื่อให้ตนรู้สึกปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ<sup>11,15,16</sup>

**ประวัติการใช้สารเสพติด** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดภายในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยการรับประทานยา สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้มักเป็นผลมาจากการขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะช่วงต้นๆ ของการเมาสารเสพติด ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่เสียไป และสารเสพติดบางชนิดกระตุ้นประสาทในช่วงต้นของการเมาจะมีอารมณ์ครั่นครั่น อารมณ์ติตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์ฉุนเฉียวได้ง่าย กระวน



กระวายเป็นไม่มีสมาธิ จนกระทั่งกลายเป็นอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง จนสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดหรือสุรา มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด<sup>7,16,21</sup>

**ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ก้าวร้าว รุนแรง มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ทรัพย์สินและบุคคลอื่น บางรายก็ก่อเหตุสะเทือนขวัญ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรมจะมีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงหรือก่อคดีอาชญากรรม<sup>7,16,21</sup>

**อาการทางบวก** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวก อาจจะมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ลักษณะเด่นของอาการทางบวกอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น<sup>11,14-16</sup>

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยแนวคิดใน

ปัจจุบันที่เชื่อว่า การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา การปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรักษา และเข้าใจว่าหายจากโรคแล้วจึงหยุดรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท<sup>11,16</sup>

**ผลการศึกษา** พบว่า มีตัวแปรที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ เพศ และอาการทางลบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษารี้อยตามลำดับ ดังนี้

**เพศ** จากผลการศึกษา พบว่า เพศ ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยเรื่องเพศอาจจะไม่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนที่แตกต่างกัน โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในต่างประเทศ<sup>16</sup> ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ โดยพบว่า เพศไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่หากพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยร่วมเรื่องบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด ซึ่ง

จะพบว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง<sup>11,14-16</sup>

**อาการทางลบ** แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ อีกทั้งอาการทางลบมักจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นอาการคงอยู่นาน มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการทางบวก และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก แต่พบว่า มีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือดูแลผู้ป่วยเหมือนอาการทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาในหลายเรื่องที่พบว่า อาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท<sup>11,14-16</sup>

### ≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัย พบว่า บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เนื่องจากผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มักจะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่มีลักษณะลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โดยใช้

แบบประเมินที่มีมาตรฐาน เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

2. จากผลการวิจัย พบว่า ประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรมีบทบาทในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง รวมถึงการรณรงค์ป้องกันและส่งเสริมการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดทั้งในกลุ่มของผู้ที่เคยมีประวัติการใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ใช้สารเสพติด ซึ่งกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บจนกระทั่งส่งผลต่อชีวิต เป็นต้น โดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดให้เหมาะสม พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจนส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน และเพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

3. จากผลการวิจัย พบว่า ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควร มีบทบาทในการคัดกรอง และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้สูง เช่น การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นโดยหวังให้ถึงแก่ชีวิต การทารุณสัตว์ การกระทำความรุนแรงทางเพศ หรือมีพฤติกรรมรุนแรงในช่วงวัยเด็ก เป็นต้น โดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการเตรียมครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยนิติจิตเวชควรมีการดูแลส่งข้อมูลต่อแก่เจ้าหน้าที่ในชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดกับผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากบุคคลในชุมชน ลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

4. จากผลการวิจัย พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถสังเกตและประเมินอาการ และสามารถจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมและป้องกันอาการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะส่งผลดีต่อการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ควรจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความสำคัญของการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม และควรมีการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการขาดยาและมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นต้น

### ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรเห็นความสำคัญและมีการกำหนดนโยบายในด้านการดูแลให้บริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่น นำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการบริการ ปรับปรุงรูปแบบการติดตามและการดูแลต่อเนื่องให้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างรูปแบบกิจกรรมการดูแลพยาบาล เพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลง และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองและการเผชิญกับปัญหาให้มากขึ้น ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบของผู้ป่วยในและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับพยาบาล ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในวัย





ผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

#### ด้านการวิจัย

1. เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรมีการทำการศึกษาศักยภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังไม่ได้ศึกษาในส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาศักยภาพที่ควรเฝ้าระวังในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นใน

ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำตัวแปรที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมในการดูแลเฝ้าระวังในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวและชุมชน และควรศึกษารูปแบบการดูแลให้การพยาบาลของผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง โดยจัดกระทำกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ

#### เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Report of service visits in departments under the Department of Mental Health. [Internet]. [cited 30 September 2015]. Available from: <http://www.dmh.go.th>. (in Thai).
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: generating evidence, guiding policy. Seattle WA: IHME; 2010.
4. Porapakham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: implications for health policy. (in Thai).
5. Salas-Wright CP, Vaughn MG, Maynard BR. Religiosity and violence among adolescents in the United States: findings from the national survey on drug use and health 2006-2010. J Interpers Violence 2014;29(7):1178-200.
6. Chaiprem M. Severe behavior of psychiatric patients treated in Chulalongkorn Hospital. Journal of the Thai Red Cross Nursing 2013;4(3):60-6. (in Thai).
7. Rajburin V. Selected factors related to violent behavior of schizophrenic patients in the community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
8. Boyd M. Psychiatric nursing contemporary practice. Southern Illinois University School of Medicine: Edwardsville; 2005.
9. Limsonthiikun C. Number of patients in psychiatry classified by diseases and gender groups, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Journal of Mental Health of Thailand 2009;17(3):208-10. (in Thai).



10. Sakkarakul C, Watcharasintu A. Prevalence of bullying and related psychosocial factors in middle school children. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59(3):221-30. (in Thai).
11. Monahan J, Steadman HJ, Clark Robbins P, Appelbaum P, Banks S, Grisso T, et al. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorder. *Psychiatr Serv* 2005;56(7):810-5.
12. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
13. Swanson JW, Holzer EC, Ganju KV, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):761-70.
14. Mulvey EP, Lidz CW. Clinical considerations in the prediction of dangerousness in mental patients. *Clinical Psychology Review* 1984;4(4):379-401.
15. Swanson JW, VanDorn RA, Monohan J, Swartz MS. Violence and leveraged community treatment for persons with mental disorders. *Am J psychiatry* 2006;163:1404-11.
16. Witt K, Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLOS ONE* 2013;(8):1-14.
17. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
18. Kittirattanaphaibun P, Wongpin M. Validity of Mental Disease Diagnostic Instrument MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai Version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005;13(3):125-35. (in Thai).
19. Chaiyawit T. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T). Bangkok: Jansen-Sealak; 2007. (in Thai).
20. Cheesothorn S. Effects of supplementation empowerment of schizophrenic patients towards medication behavior based on treatment criteria. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
21. Elbogen EB, Vandorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006;189(4):354-60.