

## ผลกระทบของการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา ที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

ดวงกมล สุจริตกุล พ.บ.\*

**บทคัดย่อ:** วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ผู้ป่วยและวิธีการ ศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังแบบ unmatched case-control study โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาในปีงบประมาณ 2536 เป็นประชากรตัวอย่าง กลุ่มศึกษาคือประชากรตัวอย่างที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขณะพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งนี้อย่างมีจำนวน 148 ราย กลุ่มควบคุมคือประชากรตัวอย่างที่ไม่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ตลอดระยะเวลาของการพักรักษาตัวอยู่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาครั้งนี้ซึ่งถูกเลือกออกมาเป็นจำนวน 148 ราย เท่าจำนวนของกลุ่มศึกษา โดยใช้วิธี simple random sampling วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าอัตราเสี่ยง relative risk ปัจจัยเสี่ยงคือการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา ผลการศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและมีประวัติขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและไม่มีประวัติขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา 6.02 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรหาแนวทางป้องกันการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี เช่น โดยการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพจิต และพัฒนาระบบส่งต่อ เป็นต้น

**คำสำคัญ:** การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน

**Abstract: Effect of Lost Follow-up on Violent Behavior of Inpatients of Nakhon Ratchasima Psychiatric Hospital**

Duangkamol Sucharitakul, M.D.

Nakhon Ratchasima Psychiatric Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

*Nakhon Ratch Med Bull 2001;25:11-20.*

*Objective.* To study effect of lost follow-up on violent behavior of inpatients of Nakhon Ratchasima Psychiatric Hospital. *Patients and method.* The author operated unmatched case-control retrospective analytic study on effect of lost follow-up on violent behavior of psychiatric inpatients. Sampled population was inpatients of Nakhon Ratchasima Psychiatric Hospital in the fiscal year 1993. The cases were a sampled population of 148 who had violent behavior during their admissions. The controls were a sampled population who did not have violent behavior during their admissions and were sampled by simple random sampling to number 148 cases. The risk factor was lost follow-up. It was found that the relative risk of having violent behavior of inpatients who lost follow-up over those who did not lose follow-up was 6.02 and was of significance. Therefore, lost follow-up of psychiatric patients could be prevented by various methods such as improving the mental health service systems network and referring system, etc. to decrease risk of violence.

**Key-words:** lost follow-up, violence, psychiatric inpatient

อาการก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นภาวะคุกคามที่เป็นอันตราย ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการก้าวร้าวรุนแรงในสถานบริการทางจิตเวชพบว่า ร้อยละ 65 เป็นอาการก้าวร้าวรุนแรงต่อร่างกายของบุคลากรทางจิตเวช ร้อยละ 32 เป็นอาการก้าวร้าวรุนแรงต่อร่างกายของผู้ป่วยจิตเวชด้วยกันเอง และอาการก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สินของ<sup>(1)</sup> การศึกษาผู้ป่วยคดีฆ่าที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวช 61 ราย เมื่อปี พ.ศ. 2531 พบว่าทุกรายมีอาการทางจิตก่อนเกิดคดี และร้อยละ 44.3 ของฆาตกรเหล่านี้เคยได้รับการรักษาจากสถานบริการทางจิตเวชมาก่อน<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือน มีอาการก้าวร้าวรุนแรงเกิดขึ้นมากกว่าการพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง ถึง 5 เท่า<sup>(3)</sup> และมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน มีอาการก้าวร้าวรุนแรงในขณะที่ทำการตรวจ

รักษาเพื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยใน<sup>(4)</sup> ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และได้เลือกศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน เพราะการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการพิจารณาจับผู้ป่วยไว้เพื่อให้การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งการให้การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นเป็นการให้บริการที่เสียค่าใช้จ่ายสูงมาก Prunier และคณะ (1989)<sup>(5)</sup> รายงานว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาการให้การรักษาทางจิตเวชต้องใช้งบถึงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งประเทศ ซึ่งเงินนี้ส่วนใหญ่ถูกใช้ไปเพื่อการรักษาแบบผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยใน ส่วนการที่ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงนั้น เพราะจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่น้อยที่ขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาจนต่อ

มาเริ่มมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ สุพล รุจิรพิพัฒน์ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2528<sup>(6)</sup> พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 59.3 กลับเข้ามารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาลเกิน 2 ครั้งขึ้นไป และร้อยละ 76.9 ของผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษาค้ำนี้เป็นผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

## ผู้ป่วยและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study) ชนิดย้อนหลัง (case-control or retrospective study) แบบ unmatched case-control study

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา เลือกประชากรตัวอย่างโดยใช้วิธี simple random sampling จากประชากรเป้าหมาย คือผู้ป่วยในจำหน่ายของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2536-2540 ได้ประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในจำหน่ายของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2536

ขนาดตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในจำหน่ายของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาปีงบประมาณ 2536 ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทุกราย ซึ่งมีจำนวน 3,337 ราย

ตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) คือการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา ตัวแปรที่เป็นผล (outcome) คือการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

## นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

*การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา* หมายถึงการที่ผู้ป่วยที่เคยมารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา แล้วได้รับการนัดหมายให้มารับการตรวจรักษาครั้งต่อไปแต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามที่ได้นัดหมายไว้ รวมทั้งไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาจากสถานบริการทางสาธารณสุขแห่งใดเลย จนเมื่อเวลาล่วงเลยผ่านไปจากกำหนดนัดหมายครั้งสุดท้ายนั้นแล้ว ผู้ป่วยได้กลับมาขอรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาและแพทย์ได้พิจารณาผู้ป่วยรายนั้นไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

*อาการก้าวร้าวรุนแรง* หมายถึงการกระทำทางกายและ/หรือทางวาจาของผู้ป่วยที่มีเจตนาจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและ/หรือจิตใจของบุคคลอื่น และ/หรือความเสียหายต่อทรัพย์สินของ

*พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง* หมายถึงการกระทำทางกายของผู้ป่วยที่เป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพร่างกายของบุคคลอื่นที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้น จนเป็นเหตุให้บุคลากรทางจิตเวชที่ดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นอยู่พิจารณาให้การรักษาโดยการฉีดยา antipsychotics แก่ผู้ป่วยรายนั้นเพื่อให้อาการสงบลง

## วิธีการเก็บข้อมูล

*ขั้นที่ 1* เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยการศึกษาย้อนหลังจากประวัติผู้ป่วยในจำหน่ายของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2536 ทุกราย จำนวน 3,337 ราย แยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีจำนวน 148 ราย กำหนดให้เป็นกลุ่มศึกษา กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีจำนวน 3,189 ราย กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม และใช้วิธี simple random sampling เลือกตัวอย่างจากกลุ่มควบคุม 3,189 รายนี้ ออกมาเป็นจำนวน 148 ราย เท่ากับจำนวนประ-

### ชากรในกลุ่มศึกษา

· **ขั้นที่ 2** ตรวจสอบประวัติการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่เลือกไว้เป็นตัวอย่างทุกราย โดยศึกษาย้อนหลังจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าอัตราเสี่ยง RR (relative risk หรือ Odd's ratio), Chi-square test และ 95% confidence interval ของ RR<sup>(7)</sup>

### ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ชนิดย้อนหลังแบบ unmatched case-control study เกี่ยวกับผลของการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2536 เป็นประชากรตัวอย่าง พบว่ากลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและ

### ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ อายุเฉลี่ย เพศ การวินิจฉัยโรค ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

หัวข้อการเปรียบเทียบ	กลุ่มศึกษา (n=148)	กลุ่มควบคุม (n=148)
อายุเฉลี่ย (ปี)	29.3	37.4
เพศ (ร้อยละ)		
- ชาย	56.8	43.2
- หญิง	43.2	56.8
การวินิจฉัยโรค* (ร้อยละ)		
- Senile organic psychotic conditions	0	3.4
- Alcoholic psychosis	2.7	8.8
- Drug psychosis	4.1	2.7
- Other organic psychotic conditions (chronic)	8.1	1.4
- Schizophrenic psychosis	35.8	29.1
- Affective psychoses	0.7	2.7
- Paranoid states	0	1.4
- Other nonorganic psychoses	41.9	31.8
- Neurotic disorders	1.4	7.4
- Alcohol dependence syndrome	0	0.7
- Psychalgia	0	0.7
- Acute reaction to stress	0.7	0
- Specific nonpsychotic mental disorders following organic brain damage	0	4.1
- Mental retardation	1.4	1.4
- Epilepsy	3.4	4.7

\*เรียงลำดับตามรหัส ICD-9

มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีจำนวน 148 รายจากยอดผู้ป่วย  
ในจำหน่ายของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาในปีงบ-  
ประมาณ 2536 ทั้งหมด 3,337 ราย (ร้อยละ 4.4) กลุ่มศึกษา  
มีอายุเฉลี่ย 29.3 ปี เป็นชาย 84 ราย (ร้อยละ 56.8) เป็น  
หญิง 64 ราย (ร้อยละ 43.2) มีผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อเพื่อ  
ขอรับ การตรวจรักษา 117 ราย (ร้อยละ 79.1) กลุ่มควบ-  
คุมจำนวน 148 ราย มีอายุเฉลี่ย 37.4 ปี เป็นชาย 64 ราย  
(ร้อยละ 43.2) เป็นหญิง 84 ราย (ร้อยละ 56.8) ผู้ป่วยที่  
ขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา 57 ราย (ร้อยละ  
38.5) ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและมีประวัติขาดการ  
ติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด  
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็น  
ผู้ป่วยในและไม่มีประวัติขาดการติดต่อเพื่อขอรับการ  
ตรวจรักษา (relative risk) 6.02 เท่า และอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ คำนวณค่า  $X^2$  test (Chi-square test)<sup>(7)</sup> ได้เท่า  
กับ 48.5 คำนวณค่า 95% CI ของ RR<sup>(7)</sup> ได้เท่ากับ 5.6-6.5  
กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีการวินิจฉัยดังแสดงใน  
ตารางที่ 1

## วิจารณ์

1. ความเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงคือ  
การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษามีค่าการเสี่ยง  
ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเวชที่  
เป็นผู้ป่วยในสูงถึง 6.02 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก  
การทบทวนวรรณกรรมเท่าที่สามารถหาข้อมูล ได้ยังไม่มี  
รายงานการศึกษาอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดพฤติ-  
กรรม ก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้การขาดการ  
ติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงมาก่อนจึง  
ไม่มีข้อมูลจะมาเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้  
จึงควรมีการศึกษาในลักษณะนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบให้  
แน่นอน และขยายผลในขอบเขตที่กว้างออกไปด้วย แต่  
อย่างไรก็ตามค่าการเสี่ยงที่สูงถึง 6.02 มีนัยสำคัญทาง  
สถิตินี้ แสดงให้เห็นว่าการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการ

ตรวจรักษาเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการใช้ประเมิน  
ความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของผู้-  
ป่วยจิตเวช สนับสนุนรายงานที่ว่าปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะ  
ทางคลินิกเป็นปัจจัยที่มีประโยชน์ในการใช้ประเมินความ  
เสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของ ผู้ป่วย  
จิตเวช<sup>(8-12)</sup> เพราะการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจ  
รักษาก็จัดว่าเป็นปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกประ-  
การหนึ่งด้วย

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับผลการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้  
คือ การที่การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษามี  
ความสัมพันธ์ กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของ  
ผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น สาเหตุส่วน  
หนึ่งอาจเป็นเพราะการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการ  
ตรวจรักษาทำให้ยาที่รับมาครั้งสุดท้ายหมดลง เมื่อผู้ป่วย  
ไม่มียารับประทาน ระดับยาในกระแสเลือดของผู้ป่วย  
จะลดลงเรื่อย ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย  
neuroleptics ผู้ป่วยจะมี low serum neuroleptic level ซึ่ง  
low serum neuroleptic level นี้ มีความสัมพันธ์กับการ  
เกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย จิตเวชที่เป็นผู้ป่วย  
ใน<sup>(13)</sup> ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มศึกษามีผู้ป่วยจิตเวชที่เป็น  
ผู้ป่วยใน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และได้รับการ  
รักษาด้วย neuroleptics เพราะเป็น psychoses (รวม  
psychoses ทุกประเภท) ถึงร้อยละ 94.6 และมีผู้ป่วยที่ขาด  
การติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาถึงร้อยละ 79.1 ย่อม  
มีโอกาสเป็นไปได้มากที่จะมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย  
neuroleptics และขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจ  
รักษาเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มี  
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่ได้  
รับการรักษาดูด้วย neuroleptics เพราะเป็น psychoses  
(รวม psychoses ทุกประเภท) ร้อยละ 81.1 และมีผู้ป่วย  
ที่ขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาเพียงร้อยละ  
38.5 ย่อมมีโอกาสเป็นไปได้น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่  
จะมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาดูด้วย neuroleptics และขาด

การติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา อย่างไรก็ตามความเห็นนี้เป็นเพียงการตั้งข้อสังเกตและถ้าเป็นเช่นนี้จริงก็อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา และการมี low serum neuroleptic level ได้ เฉพาะในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วย neuroleptics และขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาจนเกิดมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเท่านั้น ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับ neuroleptics ซึ่งขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา แล้วเกิดมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

2. *ระบาดวิทยา* การศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาพบได้ร้อยละ 4.4 เปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Tardiff<sup>(4)</sup> ซึ่งพบว่าร้อยละ 7 ของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือนขึ้นไป มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผลการศึกษาที่ต่างกันนี้อาจเกิดจากการเลือกประชากรเป้าหมายต่างกัน กล่าวคือ Tardiff ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือนขึ้นไป ส่วนการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2536 ทุกราย ไม่ว่าจะมียะเวลารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเท่าใดก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Tardiff<sup>(4)</sup> ซึ่งศึกษาพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยในมีอาการก้าวร้าวรุนแรงในขณะที่ทำการตรวจรักษาเพื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในผลการศึกษาของ Tardiff<sup>(4)</sup> ต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชในระยะต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของ Tardiff เป็นการศึกษา ในผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในชุมชนกระตุ้นให้เกิดอา-

การก้าวร้าวรุนแรง ส่วนการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยถูกจัดเป็น milieu therapy ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่นอกโรงพยาบาล นอกจากนี้การศึกษาของ Tardiff<sup>(4)</sup> นี้ยังเป็นการศึกษาเกี่ยวกับอาการก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งกินความหมายกว้างกว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (คูนิยามศัพท์) ย่อมมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าการศึกษานี้

### 3. *ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์*

3.1 *อายุ* การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีอายุเฉลี่ย 29.26 ปี น้อยกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซึ่งเท่ากับ 37.43 ปี (แต่ไม่ได้ศึกษาว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาหลายรายงาน<sup>(4,9,11,12,14,15)</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ Karson และคณะ (1987)<sup>(13)</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากรายงานการศึกษาหลายรายงาน<sup>(8,10,16)</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

3.2 *เพศ* การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (เพศชายร้อยละ 56.8 และเพศหญิงร้อยละ 43.2) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 56.8 และเพศชายร้อยละ 43.2) ตรงกับรายงานการศึกษาหลายรายงาน<sup>(4,8,10,14,15)</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในพบว่าเพศไม่มีความ

สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และแตกต่างจากรายงานการศึกษา 2 รายงาน<sup>(11,12)</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน พบว่าอาการก้าวร้าวรุนแรงพบในผู้ป่วยหญิงบ่อยกว่าผู้ป่วยชาย

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และอาการก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมีความหลากหลาย ยังหาข้อสรุปที่ชัดเจนไม่ได้จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนต่อไป แต่ถ้าศึกษาเพิ่มเติมอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แบบแล้วยังพบว่ามีหลากหลายอยู่ เช่นในขณะนี้ ย่อมแสดงว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ไม่มีประโยชน์ในการใช้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

#### 4. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิก

การวินิจฉัยโรค ถ้าเรียงลำดับร้อยละสูงสุด 3 อันดับแรก

อันดับที่ 1 คือ other nonorganic psychoses ตรงกันทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ต่างกันแต่ตัวเลขค่าร้อยละของการวินิจฉัย คือกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 41.9 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งพบเพียงร้อยละ 31.8 อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มศึกษามี other nonorganic psychoses มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ควรมีการติดตามเพื่อลง definite diagnosis ต่อไปด้วย เพื่อความชัดเจนของข้อมูลทางระบาดวิทยา

อันดับที่ 2 คือ schizophrenic psychosis ตรงกันทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมต่างกันแต่ตัวเลขค่าร้อยละของการวินิจฉัย คือกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 35.8 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งพบเพียงร้อยละ 29.1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของหลายรายงาน<sup>(4,11,12)</sup> นอกจากนี้การที่กลุ่มศึกษามีผู้ป่วย schizophrenic psychosis มากเป็นอันดับต้น ๆ ก็สอดคล้องกับผลการศึกษาของหลายรายงาน<sup>(1,3,4,8,9,12-13,16-20)</sup> เช่นกัน

อันดับที่ 3 ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมต่างกัน กล่าวคืออันดับที่ 3 ของกลุ่มศึกษาคือ other organic psychotic conditions (chronic) พบร้อยละ 8.1 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งพบเพียงร้อยละ 1.4 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาหลายรายงาน<sup>(1,4,8,9,12)</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tardiff (1984)<sup>(20)</sup> ซึ่งพบว่า OBS ในระยะ acute ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกับตัวรุนแรงที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะทำการศึกษาในระยะต่างกัน คือ ระยะ acute และไม่ใช่ระยะ acute

ส่วนอันดับที่ 3 ของกลุ่มควบคุมคือ alcoholic psychosis พบได้ร้อยละ 8.8 (มากกว่ากลุ่มศึกษาซึ่งพบเพียงร้อยละ 2.7) สนับสนุนผลการศึกษาของ Tardiff (1984)<sup>(20)</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชระยะ acute ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าการติด alcohol ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงแต่การศึกษาอาการก้าวร้าวรุนแรงในหอผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25-64 ปี มักพบในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง<sup>(9)</sup> และการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน และเป็น schizophrenia พบว่าการเคยมีประวัติ black-outs จากการดื่ม alcohol มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าโรคอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(3)</sup> ความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะทำการศึกษาในช่วงอายุต่างกัน และมีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 อย่าง ในผู้ป่วย 1 ราย ก็เป็นไปได้

โรคที่พบในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมมีอีก 2 โรค คือ drug psychosis (กลุ่มศึกษาพบร้อยละ 4.1 และกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 2.7) สนับสนุนรายงานการศึกษาของหลายรายงาน<sup>(1,3,9,11,12,21-23,25)</sup> และ acute reaction to stress (กลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0.7 และกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 0) สนับสนุนข้อมูลจากรายงานที่ผ่านมา<sup>(12)</sup> ที่พบว่า post-traumatic stress disorder มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง

ส่วนโรคที่พบในกลุ่มควบคุมมากกว่าในกลุ่ม

ศึกษา ได้แก่ senile organic psychotic conditions (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 3.4 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0) affective psychoses (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 2.7 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0.68) แต่รายงานการศึกษาหลายรายงาน<sup>(3,8,9,12,14-15,17)</sup> พบว่า affective psychoses มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง แต่เป็นการศึกษาที่ไม่ได้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงเช่นการวิจัยครั้งนี้ paranoid states (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 1.4 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0) neurotic disorders (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 7.4 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 1.4) alcohol dependence syndrome (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 0.68 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0) psychalgia (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 0.7 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0) specific nonpsychotic mental disorders following organic brain damage (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 4.1 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 0) epilepsy (กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 4.7 และกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 3.4) แต่มีรายงานการศึกษาหลายหลายงาน<sup>(1,4,20)</sup> พบว่า epilepsy มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยไม่ได้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงเช่นการวิจัยครั้งนี้

กล่าวโดยสรุปการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช บ้างไม่มากนักน้อย ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องแน่นอนต่อไป

## สรุป

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ชนิดย้อนหลังแบบ unmatched case-control study เกี่ยวกับผลของการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โดยใช่

ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2536 เป็นประชากรตัวอย่างพบว่า

- ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน และมีประวัติขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและไม่มีประวัติขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา 6.02 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีจำนวน 148 ราย จากยอดผู้ป่วยในจำหน่ายของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาในปีงบประมาณ 2536 ทั้งหมด 3,337 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4

- ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 148 รายนี้ มีอายุเฉลี่ย 29.26 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 56.8 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 43.2 มีการวินิจฉัยโรคคิดเป็นร้อยละเรียงตามลำดับความมากน้อย 3 อันดับแรกคือ

อันดับที่ 1 other nonorganic psychoses ร้อยละ 41.9

อันดับที่ 2 schizophrenic psychosis ร้อยละ 35.8

อันดับที่ 3 other organicpsychotic conditions (chronic) ร้อยละ 8.1

## ข้อเสนอแนะ

การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีประโยชน์ในการใช้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน จึงควรมีการวิเคราะห์สาเหตุของการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษา เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขตามสาเหตุต่อไป ควรมีการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วยที่สมบูรณ์ ครอบคลุม ต้องแม่นยำ และมีเครือข่ายเชื่อมโยงทั่วประเทศ สามารถให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ สมกับที่เป็นยุคโลกาภิวัตน์



ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ ว่า ผู้ป่วยรายใดเริ่มขาดการติดต่อ และได้ไปรับบริการที่ใดบ้าง เพื่อส่งข่าวสารเตือนได้ก่อนผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเท่ากับเป็นการนำโลกาภิวัตน์มาใช้ประโยชน์ ชดเชยผลเสียที่สังคมโลกเกิดความเครียดจากการปรับตัวในยุคโลกาภิวัตน์ ควรมีการซักประวัติการขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาในผู้ป่วยจิตเวชทุกราย เพื่อใช้ประกอบในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ จะได้สามารถวางแผนการป้องกันและดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมว่า การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างไร ตัวอย่างเช่น การขาดการติดต่อเพื่อขอรับการตรวจรักษาทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย neuroleptics เกิด low serum neuroleptic level แล้วเกิดมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงใช่หรือไม่ ดังกล่าวแล้วข้างต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Blair DT, New SA. Assaultive behavior: know the risks. *J Psychosoc Nurs* 1991;29:25-30.
2. สมชาย จักรพันธุ์. ผู้ป่วยจิตเวชกับความปลอดภัยของสังคม. ใน: สุวงศ์ ศาสตราวหา, บรรณาธิการ. *รวมบทความทางวิชาการในโอกาสเกษียณอายุราชการศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน; 2536. หน้า 69-74.
3. Durivage A. Assaultive behaviour: before it happens. *Can J Psychiatry* 1989;34:393-7.
4. Sweillam TK. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry* 1982;139:212-5.
5. Prunier P, Buongiorno PA. Guidelines for acute inpatient psychiatric treatment review. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11:278-81.
6. สุพล รุจิรพิพัฒน์. การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำ. *โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข*. เอก-

สารเผยแพร่ภายในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา; 2528.

7. ทัสสนี นุชประยูร. การศึกษาเชิงวิเคราะห์. ใน: ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ชานิจารกิจ, บรรณาธิการ. *การวิจัยชุมชนทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533. หน้า 63-95.
8. Rossi AM, Jacobs M, Monteleone M, et al. Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other fear-inducing behaviors. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:154-60.
9. Binder RL, McNiel DE. Effects of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry* 1988;145:728-32.
10. Craig TJ. An epidemiologic study of problems associated with violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1982;139:1262-6.
11. Haller RM, Deluty RH. Assaults on staff by psychiatric inpatients. A critical review. *Br J Psychiatry* 1988;152:174-9.
12. Miller RJ, Zadolinyj K, Hafner RJ. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *Am J Psychiatry* 1993;150:1368-73.
13. Karson C, Bigelow LB. Violent behavior in schizophrenic inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1987;75:161-4.
14. Edwards JG, Jones D, Reid WH, Chu C. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry* 1988;145:1568-71.
15. Amy EL, John SL, Lind CM, Michael, Sheldon I M, Alexander O. The treatment of dangerous patients in managed care. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:112-8.
16. Cooper AJ, Mendonca JD. A prospective study of patient assaults on nurses in a provincial psychiatric hospital in Canada. *Acta Psychiatri Scand* 1991;84:163-6.
17. Janofsky JS, Spears S, Neubauer DN. Psychiatrist 's accuracy in predicting violent behavior on an inpatient unit. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:1090-4.
18. Hatti S, Dubin WR, Weiss KJ. A study of circumstances surrounding patient assaults on psychiatrists. *Hosp Community Psychiatry* 1982;33:660-1.
19. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric inpatients. *Br J Psychiatry* 1989;155:384-90.
20. Tardiff K. Characteristics of assaultive patients in private

- hospitals. *Am J Psychiatry* 1984;141:1232-5.
21. Dean GK, Ron A, Heidi SR, et al. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J Consult Clin Psychol* 1997;65: 834-47.
  22. Jerome HJ. Cocaine-related disorders. In: Benjamin JS, Virginia AS, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999. p. 999-1015.
  23. Beverly JF. Other psychiatric emergencies. In: Benjamin JS, Virginia AS, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999. p. 2040-55.
  24. Bessel A. van der Kolk. Physical and sexual abuse of adults. In: Benjamin JS, Virginia AS, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999. p. 2002-8.
  25. Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. In: Benjamin JS, Virginia AS, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999. p. 3210-8.