

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช
ที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Prevalence and Associated Factors of Violence in Psychiatric Patients
Admitted as Inpatients of Phaholpolpayuhasena Hospital

สุขุมลย์ เล็กมีชัย พ.บ.^{1*}

Sukhumal lekmeechai, M.D.^{1*}

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹ Department of Psychiatry, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): taey14@Hotmail.com

Received: 12 March 2024

Revised: 15 August 2024

Accepted: 19 August 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งวินิจฉัยหลักและวินิจฉัยร่วมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีชั้นภูมิจำนวน 349 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 349 คน พบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการประเมิน Overt Aggression Scale อยู่ในระดับฉุกเฉิน 71 คน (ร้อยละ 20.3) ระดับเรงด่วน 26 คน (ร้อยละ 7.4) และระดับกึ่งเรงด่วน 252 คน (ร้อยละ 72.2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศชาย อายุต่ำกว่า 40 ปี สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเป็นโรคหลักในการเข้ารับการรักษา มีการใช้สารเสพติดร่วม และมีประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรง

สรุปผล: แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชควรสนใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรงก้าวร้าวของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถประเมินความเสี่ยง เลือกวิธีจัดการรวมทั้งให้การช่วยเหลือในด้านที่เหมาะสมได้เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคทางจิตเวช, ผู้ป่วยใน, ก้าวร้าว, ความรุนแรง

Abstract

Objectives: To study the prevalence and related factors of violence in psychiatric patients admitted to the inpatient of Phaholpolpayuhasena Hospital.

Methods: This research is a retrospective analytical study. The population was patients with psychiatric disorders, both main and co-diagnosis, who received inpatient treatment at Phaholpolpayuhasena Hospital between 1 October 2021 - 30 September 2022. A sample of 349 patients was selected using stratified random sampling. Data were analyzed. With descriptive statistics Qui-square test or Fisher's exact test and logistic regression analysis.

Results: The prevalence of violent behavior in psychiatric patients admitted for inpatient treatment at Phaholpolpayuhasena Hospital was found that out of 349 patients admitted for inpatient treatment, violent and aggressive behavior was found from The OAS score assessment was at emergency level for 71 people, accounting for 20.3 percent, urgent level for 26 people, accounting for 7.4 percent, and semi-urgent level. (semi-urgency) number of 252 people, accounting for 72.2 percent. The factors related to violent behavior in psychiatric patients admitted to inpatient treatment at Phaholpolpayuhasena Hospital were statistically significant ($p < 0.05$) including male gender, under 40 years of age, single status, none. Have a career Diagnosed with psychiatric disorder as the main illness receiving treatment. There is a combination of drug use. and having a history of high risk of committing violence (SMI-V) is associated with violent behavior. This is consistent with studies showing that patients with a previous history of violence or criminal behavior may be at increased risk of exhibiting violent behavior during their hospital stay. And psychiatric disorders may manifest in violent behavior due to alcohol's impaired effects on cognitive function and behavior. But it was found that studies of patients with other substance use disorders were not associated with violent behavior, which is inconsistent with previous research.

Keywords: Psychiatric disorders, Inpatient, aggression, violence

บทนำ

ความก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่มีต้นกำเนิดจากวิวัฒนาการ แต่มักเป็นทั้งการทำลายล้างและไม่เหมาะสมในสังคมปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมก้าวร้าวได้รับการสังเกตในความเจ็บป่วยทางจิตที่ร้ายแรงหลายประการและแสดงถึงความท้าทายสำหรับผู้รักษา ปรัชญาการดูแลนี้สามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นอันตราย รวมถึงความรุนแรง และแสดงถึงความกังวลด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรง จากสถานการณ์ปัจจุบันที่สามารถพบเหตุการณ์ที่มีการก่อความรุนแรงทั้งในครอบครัวหรือประชาชนทั่วไปโดยพบว่าผู้ก่อเหตุมักมี

ประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อนแล้วขาดการรักษาต่อเนื่องขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วยใช้สารเสพติดจึงทำให้การกำเริบและก่อความรุนแรงซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการใช้การดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายในแง่ของระยะเวลาการเข้าพักรักษาที่ยาวนานขึ้นการเข้ารับการรักษาซ้ำมากขึ้นและการใช้ยาที่สูงขึ้น

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปโดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมาคืออายุ 18 - 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิจิตเวชถึง 3 เท่า⁽¹⁾

จากการให้คำนิยามของกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการก่อความรุนแรง นอกจากความก้าวร้าวรุนแรงกับผู้อื่นยังรวมไปถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตายสำหรับในประเทศไทย พบอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.08 ต่อประชากรแสนคน หรือเท่ากับมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 3,975 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - กรกฎาคม 2564 การเข้าถึงบริการของผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองคิดเป็นร้อยละ 65.25 หรือ 31,947 คน และมีการติดตามเฝ้าระวัง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 48,167 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.03 เมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามกลุ่มโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุดจำนวน 5,516 คน (ร้อยละ 43.22) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 3,874 ราย (ร้อยละ 30.36) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 2,213 คน (ร้อยละ 17.34)⁽²⁾ และจากการศึกษาของ Fozel S, et al.⁽³⁾ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 โดยการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด

ในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และพบในผู้ป่วยที่มาด้วยโรคทางกายจำนวนมากโดยจากข้อมูลจากสารสนเทศในปี 2565 พบมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจากโรคจิตเภท 1,195 คน โรคทางอารมณ์ 1,927 คน โรคความผิดปกติการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 1,244 คน และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในนอกจากโรคจิตเภท 239 คน โรคทางอารมณ์ 232 คน โรคความผิดปกติจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 901 คน^(4,5) โดยสาเหตุหนึ่งมาจากปัญหาทางพฤติกรรมที่รุนแรงโดยสามารถพบได้ทั้งในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการทางกายแต่มีโรคทางจิตเวชร่วม แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมาก่อนซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมที่รุนแรงเป็นสิ่งที่ยากและเป็นคำถามที่จำเป็นต้องการเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เข้ามามีผลต่อการการเกิดพฤติกรรม จากการศึกษาของ Robert S, et al.⁽⁶⁾ ที่ทำในโรงพยาบาลจิตเวชพบว่า มีตัวทำนายพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยใน หลายประเภท เช่น เพศชาย ผู้ป่วยที่มีประวัติความรุนแรงรวมถึงประสบเหตุการณ์รุนแรงก่อนหน้านี้คล้ายกับการศึกษาของ เพชรชัย คันธสายบัว และคณะ ที่พบว่าประวัติการใช้สารเสพติด มีผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวใน 1 ปี และ

มีคะแนนอาการทางจิตระดับสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการก่อความรุนแรง⁽⁷⁾ แต่จากการศึกษาของเวนิช บุราชรินทร์ และคณะกลับพบว่าเพศ การใช้สารเสพติด และอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁽⁸⁾

ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขที่จะต้องตระหนักถึงปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งอาจช่วยให้แพทย์คาดการณ์ว่าผู้ป่วยรายใดอาจเกิดความรุนแรงและสามารถดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อได้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการส่งเสริมและป้องกันความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สิทธิการรักษา อาชีพ การพักอาศัยกับครอบครัว ภูมิลำเนา
2. ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โรคหลักในการเข้ารับการรักษการใช้สารเสพติดร่วมประเภทผู้ป่วยระยะเวลามีอาการก่อนเข้ารับการรักษารายการขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวช ได้แก่ ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 ทั้งวินิจฉัยหลักและวินิจฉัยร่วมที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565

จำนวน 2,122 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของทาร์ยามาเน^(9,10) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ดังนี้ $n = N/(1 + Ne^2)$ โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ, N = ขนาดของประชากร, e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างแทนค่า $n = 2,122/[1 + (2,122 \times 0.05^2)] = 337$ คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีชั้นภูมิ (stratified sampling) คือแบ่งประชากรเป็นชั้นภูมิ (stratum) ตามกลุ่มโรคทางจิตเวชจำนวน 10 กลุ่มตาม ICD-10 ได้แก่ F00-09 (กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย) F10-19 (กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท) F20-29 (กลุ่มโรคโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด) F30-39 (กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์) F40-49 (กลุ่มโรคโรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม) F50-59 (กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ) F60-69 (ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่) F70-79 (ภาวะปัญญาอ่อน) F80-89 (ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต) F90-99 (ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น) จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างมาจากทุกชั้นภูมิให้ได้สัดส่วนกับจำนวนประชากรทั้งหมดในชั้นภูมินั้น (proportional allocation) ด้วยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ได้ตัวอย่างทั้งหมด 349 คน

เกณฑ์การคัดเข้าตัวอย่างคือ 1) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีการวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 2) มีหมายเลขผู้ป่วยนอก (hospital number) ที่สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยได้ และเกณฑ์คัดออกตัวอย่างคือ 1) ไม่ได้รับการรักษาหลักที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา 2) ไม่มีข้อมูลของการวินิจฉัยและการรักษาที่ละเอียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (case record form) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สิทธิการรักษา อาชีพ การพักอาศัย กับครอบครัว ภูมิลำเนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโรคหลักในการเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ทำให้อาการกำเริบ ประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรง ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชไทย (PVSS) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (PANSS) และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางคลินิก และพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) เปรียบเทียบปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มาวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression analysis) นำเสนอด้วย odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

2.2 การวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariable analysis) นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มาการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression analysis) นำเสนอด้วย adjusted odds ratio (aOR) และ 95% CI

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเลขที่ 2023-05 (วันที่รับรอง 25 เมษายน 2566) โดยการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจะลงเฉพาะเลขที่รหัสของผู้ป่วยในการวิจัยโดยไม่บันทึกชื่อ นามสกุล และหมายเลขผู้ป่วยนอกของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเก็บใบบันทึกข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย และภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วจะทำลายทิ้ง ผลการวิจัยจะเสนอผลโดยรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ลักษณะทางประชากรศาสตร์พบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.2) อายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 21.5) เป็นเพศชายมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 61.9) เป็นนักเรียนนักศึกษา (ร้อยละ 44.1) และเกือบทั้งหมดมีการพักอาศัยกับครอบครัว (ร้อยละ 97.1) ส่วนมากมีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองกาญจนบุรี (ร้อยละ 36.1) ส่วนมากมีสิทธิการรักษาประเภทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 73.9)

คุณลักษณะทางคลินิกพบว่า ส่วนมากเป็นโรคทางจิตเวชที่ใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ICD-10:F10-19) (ร้อยละ 50.7) เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุหลักร้อยละ 20.6 และโรคทั่วไปร้อยละ 79.4 มีการใช้สารเสพติดร่วมประเภทการใช้สุรามากที่สุดรองลงมาเป็นสารกระตุ้นประสาท (stimulant) และกัญชา (cannabis) (ร้อยละ 31.5, 14.0 และ 2.9 ตามลำดับ)

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 57.3) ส่วนมากมีระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษาน้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 50.1) ผู้ป่วยเก่ามีการขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบร้อยละ 16.3 และพบผู้ป่วยที่มีประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้แก่ ประวัติทำร้ายตัวเองร้อยละ 15.8 ประวัติทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 8.3 อาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 0.3 และมีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไปร้อยละ 0.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน (n=349)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ภูมิลำเนา (ต่อ)		
ชาย	245	70.2	อำเภออื่น ๆ ใน จ.กาญจนบุรี	132	37.8
หญิง	104	29.8	อื่น ๆ	42	12.0
อายุ			การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10)		
ต่ำกว่า 10 ปี	13	3.7	F10-19	177	50.7
11-20 ปี	31	8.9	F20-29	62	17.8
21-30 ปี	58	16.6	F30-F39	48	13.8
31-40 ปี	75	21.5	F40-F49	33	9.5
41-50 ปี	69	19.8	F50-F59	2	0.6
51-60 ปี	59	16.9	F70-F79	9	2.6
มากกว่า 60 ปี	44	12.6	F80-F89	12	3.4
สถานภาพ			F90-F99	6	1.7
โสด	216	61.9	โรคหลักในการเข้ารับการรักษ		
คู่	130	37.2	โรคทางจิตเวช	72	20.6
หย่าร้าง	3	0.9	โรคทั่วไป	277	79.4
สิทธิการรักษา			การใช้สารเสพติดร่วม		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	258	73.9	ไม่พบการใช้สารเสพติด	139	39.8
ประกันสังคม	33	9.5	สุรา	110	31.5
ข้าราชการ	25	7.2	สารกระตุ้นประสาท	49	14.0
พรบ.	16	4.6	กัญชา	10	2.9
ประกันสุขภาพต่างด้าว	5	1.4	อนุปันธืผื่น ผงขาว	5	1.4
อื่นๆ	12	3.4	ใช้สารเสพติดหลายชนิด	36	10.3
อาชีพ			ประเภทผู้ป่วย		
ว่างงาน	15	4.3	ผู้ป่วยรายใหม่	200	57.3
นักเรียนนักศึกษา	154	44.1	ผู้ป่วยเก่า	149	42.7
รับจ้าง	140	40.1	ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษ		
เกษตรกร	21	6.0	น้อยกว่า 1 เดือน	175	50.1
ข้าราชการ	9	2.6	1-6 เดือน	49	14.0
อื่นๆ	10	2.9	6 เดือน - 1 ปี	80	22.9
การพักอาศัยกับครอบครัว			1-3 ปี	32	9.2
มี	339	97.1	มากกว่า 3 ปี	13	3.7
ไม่มี	10	2.9	การขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบ		
ภูมิลำเนา			ไม่เคยรักษา	200	57.3
อำเภอเมืองกาญจนบุรี	126	36.1	ไม่มี	92	26.4
อำเภอห้วยกระเจา	25	7.2	มี	57	16.3
อำเภอศรีสวัสดิ์	24	6.9			

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน (n=349) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V)		
ไม่มี	263	75.4
มีประวัติทำร้ายตัวเอง	55	15.8
มีประวัติทำร้ายผู้อื่น	29	8.3
มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่น	1	0.3
มีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป	1	0.3

2. พฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ผลการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (PVSS) ส่วนมากมีระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 78.5) และมีระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 84.5) ผลการประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (PANSS) ส่วนมากมีระดับความรุนแรงของความคิดผิดปกติทางจิตอยู่ในมีอาการเล็กน้อย (ร้อยละ 80.8) และผลการประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) อยู่ในระดับฉุกเฉิน (emergency) ร้อยละ 20.3 ระดับเร่งด่วน (urgency) ร้อยละ 7.4 และระดับกึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) ร้อยละ 72.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน (n=349)

	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)		
ระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น		
ระดับเล็กน้อย	274	78.5
ระดับปานกลาง	65	18.6
ระดับสูง	10	2.9
ระดับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในการฆ่าตัวตาย		
ระดับเล็กน้อย	295	84.5
ระดับปานกลาง	21	6.0
ระดับสูง	33	9.5
ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)		
มีอาการเล็กน้อย	282	80.8
มีอาการปานกลาง	50	14.3
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	13	3.7
มีอาการรุนแรง	4	1.1
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)		
ฉุกเฉิน (Emergency)	71	20.3
เร่งด่วน (Urgency)	26	7.4
กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency)	252	72.2

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโรคหลักในการเข้ารับการรักษการใช้สารเสพติดร่วม ประเภผู้ป่วย ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษ การขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบ และประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน (n=349)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง				p-value
	ถูกฉีกรังผึ้ง (n=97)		กึ่งรังผึ้ง (n=252)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	50	51.5	195	77.4	<0.001
หญิง	47	48.5	57	22.6	
อายุ					
ต่ำกว่า 20 ปี	19	19.6	25	9.9	<0.001
21-30 ปี	26	26.8	32	12.7	
31-40 ปี	28	28.9	47	18.7	
41-50 ปี	17	17.5	52	20.6	
มากกว่า 50 ปี	7	7.2	96	38.1	
สถานภาพ					
โสด	69	71.1	147	58.3	0.027
คู่/หย่าร้าง	28	28.9	105	41.7	
สิทธิการรักษา					
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	71	73.2	187	74.2	0.847
อื่นๆ	26	26.8	65	25.8	
อาชีพ					
ประกอบอาชีพ	35	36.1	145	57.5	<0.001
ไม่ประกอบอาชีพ	62	63.9	107	42.5	
การพักอาศัยกับครอบครัว					
มี	97	100	242	96.0	0.068
ไม่มี	0	0.0	10	4.0	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน (n=349) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง				p-value
	ถูกเงิน/แรงด่วน (n=97)		กึ่งเร่งด่วน (n=252)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัย ICD-10					
F10-19	17	17.5	160	63.5	<0.001
F20-29	29	29.9	33	13.1	
F30-39	27	27.8	21	8.3	
F40-49	22	22.7	11	4.4	
F50-99	2	2.1	27	10.7	
โรคหลักในการเข้ารับการรักษ					
โรคทางจิตเวช	52	53.6	20	7.9	<0.001
โรคทั่วไป	45	46.4	232	92.1	
การใช้สารเสพติดร่วม					
ไม่พบการใช้สารเสพติดร่วม	58	59.8	81	32.1	<0.001
สุรา	7	7.2	103	40.9	
สารเสพติดชนิดอื่นๆ	24	24.7	40	15.9	
ใช้สารเสพติดหลายชนิด	8	8.2	28	11.1	
ประเภทผู้ป่วย					
ผู้ป่วยรายใหม่	47	48.5	153	60.7	0.038
ผู้ป่วยเก่า	50	51.5	99	39.3	
ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษ					
น้อยกว่า 1 เดือน	45	46.4	130	51.6	<0.001
1-6 เดือน	29	29.9	20	7.9	
6 เดือน - 1 ปี	11	11.3	69	27.4	
มากกว่า 1 ปี	12	12.4	33	13.1	
การขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบ					
ไม่เคยรักษา	49	50.5	151	59.9	0.037
ไม่มี	35	36.1	57	22.6	
มี	13	13.4	44	17.5	
ประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (SMI-V)					
ไม่มี	11	11.3	252	(100)	<0.001
มีประวัติทำร้ายตัวเอง	55	56.7	0	(0.0)	
มีประวัติทำร้ายผู้อื่น	29	30.0	0	(0.0)	
มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่น	1	1.0	0	(0.0)	
มีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป	1	1.0	0	(0.0)	

ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ สถานภาพ สิทธิการรักษา อาชีพการขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบ (ตารางที่ 4) ได้แก่

1) อายุ โดยพบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ($aOR = 27.31$, $95\%CI = 4.68-159.44$) กลุ่มอายุ 21-30 ปี ($aOR = 6.44$, $95\%CI = 1.43-28.93$) กลุ่มอายุ 31-40 ปี ($aOR = 15.91$, $95\%CI = 3.33-76.08$) กลุ่มอายุ 41-50 ปี ($aOR = 7.56$, $95\%CI = 1.68-33.92$) เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยพฤติกรรมการก่อความรุนแรงมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี

2) การวินิจฉัยโรค (ICD-10) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษด้วยกลุ่มโรคจิตเภท (F20-29) ($aOR = 4.44$, $95\%CI = 1.05-18.7$) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) ($aOR = 37.04$, $95\%CI = 7.79-176.23$) กลุ่มโรคประสาท (F40-49) ($aOR = 87.26$, $95\%CI = 14.27-533.6$) เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยพฤติกรรมการก่อความรุนแรงมากกว่ากลุ่มโรคที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19)

3) โรคที่เป็นสาเหตุในการนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช ($aOR = 35.37$, $95\%CI = 10.72-116.66$) มีประวัติพฤติกรรมการก่อความรุนแรงมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคทั่วไป

4) ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษด้วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1-6 เดือน ($aOR = 7.36$, $95\%CI = 2.17-25.02$) มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษด้วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการน้อยกว่า 1 เดือน

ส่วนประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่สามารถนำมาคำนวณ OR ได้

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร ($n = 349$)

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว			ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร		
	Crude OR (95%CI)	p-value		Adjusted OR (95%CI)	p-value	
เพศ						
ชาย	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
หญิง	3.22	(1.96 - 5.28)	<0.001	1.90	(0.73 - 4.93)	0.188
อายุ						
ต่ำกว่า 20 ปี	10.42	(3.94 - 27.55)	<0.001	27.31	(4.68 - 159.44)	<0.001
21-30 ปี	11.14	(4.42 - 28.12)	<0.001	6.44	(1.43 - 28.93)	0.015
31-40 ปี	8.17	(3.33 - 20.07)	<0.001	15.91	(3.33 - 76.08)	0.001
41-50 ปี	4.48	(1.75 - 11.51)	0.002	7.56	(1.68 - 33.92)	0.008
มากกว่า 50 ปี	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
สถานภาพ						
โสด	1.76	(1.06 - 2.92)	0.028	0.94	(0.32 - 2.74)	0.907
คู่/หย่าร้าง	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร (n=349) (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว			ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร		
	Crude OR (95%CI)		p-value	Adjusted OR (95%CI)		p-value
สิทธิการรักษา						
บัตรทอง	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
อื่นๆ	1.05	(0.62 - 1.79)	0.847	1.21	(0.49 - 3.02)	0.676
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ไม่ประกอบอาชีพ	2.40	(1.48 - 3.89)	<0.001	1.60	(0.60 - 4.24)	0.349
การวินิจฉัยโรค(ICD-10)						
F10-19	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
F20-29	8.27	(4.08 - 16.76)	<0.001	4.44	(1.05 - 18.7)	0.042
F30-39	12.10	(5.67 - 25.83)	<0.001	37.04	(7.79 - 176.23)	<0.001
F40-49	18.82	(7.81 - 45.37)	<0.001	87.26	(14.27 - 533.6)	<0.001
F50-99	0.70	(0.15 - 3.19)	0.642	0.41	(0.03 - 5.24)	0.492
โรคหลักในการเข้ารับการรักษ						
โรคทางจิตเวช	13.40	(7.31 - 24.58)	<0.001	35.37	(10.72 - 116.66)	<0.001
โรคทั่วไป	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
การใช้สารเสพติดร่วม						
ไม่พบการใช้สารเสพติด	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
สุรา	0.10	(0.04 - 0.22)	<0.001	0.47	(0.09 - 2.44)	0.370
สารเสพติดอื่นๆ	0.84	(0.46 - 1.54)	0.569	1.41	(0.33 - 6.12)	0.646
ใช้สารเสพติดหลายชนิด	0.40	(0.17 - 0.94)	0.035	0.34	(0.06 - 1.77)	0.199
ประเภทผู้ป่วย						
ผู้ป่วยรายใหม่	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ผู้ป่วยเก่า	1.64	(1.03 - 2.64)	0.039	16.99	(0.08 - 3,454.09)	0.296
ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษ						
น้อยกว่า 1 เดือน	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
1-6 เดือน	4.19	(2.16 - 8.13)	<0.001	7.36	(2.17 - 25.02)	0.001
6 เดือน - 1 ปี	0.46	(0.22 - 0.95)	0.035	3.61	(0.82 - 15.90)	0.089
มากกว่า 1 ปี	1.05	(0.50 - 2.21)	0.897	3.91	(0.75 - 20.43)	0.106
การขาดการรักษาจนทำให้อาการกำเริบ						
ไม่มี	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มี	0.48	(0.23 - 1.02)	0.055	0.39	(0.09 - 1.62)	0.194
ไม่เคยรักษา	0.53	(0.31 - 0.90)	0.018	23.53	(0.11 - 4,959.92)	0.247

อภิปราย

ความชุกของพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาพบว่าจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในจำนวน 349 คน พบมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการประเมิน OAS score อยู่ในระดับฉุกเฉิน (emergency) จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ระดับเร่งด่วน (urgency) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 และระดับกึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) จำนวน 252 คนคิดเป็นร้อยละ 72.2 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศชาย อายุต่ำกว่า 40 ปี สถานภาพโสดไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับการการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเป็นโรคหลักในการเข้ารับการรักษามีการใช้สารเสพติดร่วม และมีประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรง โดยสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผู้ป่วยที่มีประวัติความรุนแรงรวมถึงประวัติเหตุการณ์รุนแรงก่อนหน้านี้หรือพฤติกรรมทางอาญาอาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการแสดงพฤติกรรมการก่อความรุนแรงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและโรคทางจิตเวชอาจแสดงพฤติกรรมการก่อความรุนแรงเนื่องจากผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อการทำงานของความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม แต่พบว่าจากการศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ กลับไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการก่อความรุนแรงซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ของ Amore M, et al.⁽¹²⁾ ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่โรงพยาบาลเฉพาะทาง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อม ปัญญาอ่อนหรือความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ๆ หรือมีการยาเสพติดและสารเสพติดก็สามารถพบความก้าวร้าวโดยเฉพาะทางร่างกาย

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับความรุนแรงในผู้ป่วยใน จากการศึกษาของ Dack C⁽¹³⁾ ได้แก่ การรับเข้ารักษาโดยไม่สมัครใจ การเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในหลายครั้งในแง่ของปัจจัยของการเลี้ยงดู การเกิดความรุนแรงสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีการล่วงละเมิดหรือการละเลยในวัยเด็ก จากการศึกษาของ Bruce M, et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติความรุนแรงในวัยเด็กพบว่ามีโอกาสก่อความรุนแรงมากกว่ากลุ่มทั่วไป 2.8 เท่าในช่วงชีวิต

ปัจจัยเหล่านี้อาจช่วยให้ทีมผู้รักษาคาดการณ์ว่าผู้ป่วยรายใดอาจเกิดความรุนแรงและสามารถดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจากการศึกษาของ Allnutt SH, et al.⁽¹⁵⁾ พบว่าการประเมินความเสี่ยงของความรุนแรงมีความสำคัญต่อการป้องกัน แพทย์ควรประเมินความเสี่ยงเหล่านี้และพิจารณาปัจจัยเพื่อเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรง และการทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและยินยอมต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อรักษาอยู่ในสังคมชุมชนอย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชชุมชนตำบลไผ่ อำเภอรันบุรี จังหวัดสุรินทร์⁽¹⁶⁾

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาหลักเป็นเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงอาจมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมและเป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง อาจมีข้อมูลบางอย่างที่บันทึกไว้ไม่ครบถ้วนจึงบอกได้ในภาพรวมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโรคจิตเวชเท่านั้น โดยไม่ได้ข้อมูลเปรียบเทียบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเฉพาะในผู้ป่วยที่มาด้วยโรคทางจิตเวชเป็นหลัก อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในอนาคตที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ น่าจะทำให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยในที่มาด้วยโรคทางจิตเวชได้ดียิ่งขึ้น

เนื่องจากโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาไม่ได้เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางทางจิตเวช ผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะเฉพาะ ไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมดได้ และด้วยข้อจำกัดทางด้านเวลาในการเก็บข้อมูลทำให้เก็บข้อมูลได้ในขนาดตัวอย่างที่ไม่มากนัก

สรุปผล

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาพบว่าผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 349 คน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับฉุกเฉินร้อยละ 20.3 โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศชาย อายุต่ำกว่า 40 ปี สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลรวมถึงได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเภท กลุ่มโรคทางอารมณ์ และกลุ่มโรควิตกกังวล และมีประวัติความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรง (SMI-V) ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นจากการวิจัยนี้มีผู้ป่วยที่รักษาโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงบางส่วนยังใช้สุรา สารเสพติด ทั้งแบบใช้อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลเป็นเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงได้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่ระบาดของสุรา ยาเสพติด หาซื้อง่าย ราคาถูก จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญ ในการค้นหาติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับการควบคุมกำกับเพื่อให้มีการลดการใช้สุรา ยาเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชควรสนใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงก้าวร้าวของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถประเมินความเสี่ยง เลือกวิธีจัดการรวมทั้งให้การช่วยเหลือในด้านที่เหมาะสมได้เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2. การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการที่มีการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาวินิจฉัยวางแผนการรักษา ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขการสร้างความร่วมมือ กับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพ เข้ามาร่วมซึ่งการที่ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา งดการใช้สารเสพติดน่าจะเป็นแนวทางที่จะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เกิดจากโรคทางจิตเวชได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในขนาดตัวอย่างที่มากกว่านี้และกลุ่มตัวอย่างมาจากหลายโรงพยาบาล เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถเป็นตัวแทนของประชากรในประเทศได้ใกล้เคียงขึ้น และควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเฉพาะในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคจิตเวชเป็นหลักและศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมเช่น สถานะปัจจุบันของผู้ป่วยรวมถึงการจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งอาจมีผลลดความรุนแรงก้าวร้าวของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
2. สำนักยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th>
3. Fozel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violence crime. JAMA. 2009;301(19):2016-23.
4. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา [ไม่ได้ตีพิมพ์]. สถิติผู้ป่วย. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา; 2564.
5. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา [ไม่ได้ตีพิมพ์]. สถิติผู้ป่วย. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา; 2565.
6. Suchting R, Green CE, Glazier SM, Lane SD. A data science approach to predicting patient aggressive events in a psychiatric hospital. Psychiatry Res. 2018;268:217-22.
7. เพชร คันธสายบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภรณ์, กฤตนิย แก้วยศ, วีระ เนริกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2563;14(2):16-28.
8. เวนิช บุราชรินทร์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2011;25(3):24-37.

9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper International Edition; 1973.
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2552.
11. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส, 2561.
12. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, Berardi D. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(3):247-55.
13. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(4):255-68.
14. Bruce M, Laporte D. Childhood trauma, antisocial personality typologies and recent violent acts among inpatient males with severe mental illness: exploring an explanatory pathway. *Schizophr Res*. 2015;162(13):285-90.
15. Allnutt SH, Ogloff JR, Adams J, O'Driscoll C, Daffern M, Carroll A, et al. Managing aggression and violence: the clinician's role in contemporary mental health care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(8):728-36.
16. สุกัญญา ละอองศรี, บัวรุณ ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชชุมชนตำบลไผ่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2560;23(2):68-79.