

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว



นางสาววิมลตรา สาดพร

ผู้ศึกษา



อาจารย์ทศนา ทวีคุณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กิติ,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับ
การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2554


.....

นางสาววิมลตรา สาดพร
ผู้ศึกษา


.....

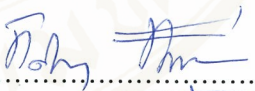
ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสทธิณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปริดา มั่นคง,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


.....

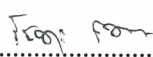
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


.....

อาจารย์ทศนา ทวีคูณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือจาก อาจารย์ ดร.ทัศนาทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลักและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณแสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมและกรรมการสอบสารนิพนธ์ผู้ซึ่งให้ ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำสารนิพนธ์ ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจ และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำและแนวทางในการแก้ไขสารนิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาในการพัฒนาตนเอง

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ศรีธัญญา ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณบุคลากร หน่วยงานหญิง 6 และ ชาย 4/2 ทุกท่านที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญา รวมทั้งนักเรียนรุ่นพี่และเพื่อนๆนักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดสถาบัน และหน่วยงานอื่นๆที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล เอกสาร ตำราพร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอขอบคุณเพื่อนสนิท (นางสาววัฒนา หลังนาค) ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

วิมลตรา สาตพร

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PERSONAL FACTORS RELATED TO AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC PATIENTS

วิมลตรา สาดพร 4937003 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (NURSING), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงการสืบค้นจากวารสารต่างๆ ด้วยตนเอง และมีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง ที่คัดเลือกลำดับมาศึกษา จากนั้นผู้ศึกษานำงานวิจัยที่ได้มาทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ผู้ประเมิน ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการศึกษาพบว่า จากงานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์และนำมาใช้ในการทำนายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อาการผิดปกติทางจิตในด้านพฤติกรรมและด้านบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด และประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีต พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล/ พฤติกรรมก้าวร้าว / ผู้ป่วยจิตเวช

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PERSONAL FACTORS RELATED TO AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC PATIENTS

VIMONTRA SATPORN 4937003 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALT AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D.
(NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study is to review and synthesize empirical findings of personal factors related to aggressive behaviors in psychiatric patients. The research evidence was systematically searched from electronic databases and a manual search. There were 12 research articles selected for this study. Selected studies were analyzed in terms of patient characteristics, setting, assessment tools, assessor, types of aggressive behaviors, and personal factors related to aggressive behavior. Results showed that the significant personal factors related to and predictive of aggressive behaviors in psychiatric patients were gender, age, diagnosis of mental disorders, personality and behavioral factors, substance abuse, and past history related to aggressive behaviors. Psychiatric and mental health nurses can apply the results of this study to develop nursing care for psychiatric patients who are at risk for aggressive behaviors.

KEY WORDS: PERSONAL FACTORS / AGGRESSIVE BEHAVIOR /
VIOLENT BEHAVIOR / PSYCHIATRIC PATIENTS

189 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว	5
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	6
พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล	8
วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	10
ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยในโรงพยาบาล	11
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช	12
การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	30
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	33
บทที่ 4 ผลการศึกษา	36
บทที่ 5 อภิปรายผล	52
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	65
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	70
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	91
รายการอ้างอิง	113
ภาคผนวก	124
ประวัติผู้ศึกษา	189

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	31
3.2	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	34
	สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	125

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาความเสี่ยงลำดับต้น ๆ ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล และยังเป็นปัญหาที่พบมายาวนานในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Anderson, Bell, Powell, Williamson, & Blount, 2004; Needham, Aberhalden, Halfens, Fisher, & Dassen, 2005) พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมถึง พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายทั้งต่อตนเอง ต่อผู้ป่วยอื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ (Yudofsky, Silver, & Jackson, 1986) ผลจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่นถึง 2 เท่า (Chen, Hwu, & Williams, 2005) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบมากที่สุด เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (Turnbull & Paterson, 1999) ในประเทศไทย จากสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 87,776 ราย และในปี 2552 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 89,250 ราย (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2553) ส่วนสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 2,280 เตียง ในครึ่งปีงบประมาณ 2554 ช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2553 ถึงเดือน มีนาคม 2554 พบว่า มีสถิติการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวถึง 8,927 ราย และมีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งสิ้น 64 ราย (หน่วยงานสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554) นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าวในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีความระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึง 30 เมษายน 2552 พบว่า มีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยทั้งหมด 71 ครั้ง โดยเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น 46 ครั้ง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง 7 ครั้ง เป็นการทำร้ายเจ้าหน้าที่ 6 ครั้ง เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา 9 ครั้ง และ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ 3 ครั้ง (สุดสาคร จำมัน, 2553) จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้นยังมีอุบัติการณ์เกิดที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกด้วย

การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่น และด้านสิ่งของ เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นอาจได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง หรือจากการตอบสนองจากผู้ป่วยอื่น รวมทั้งการบาดเจ็บ

จากการผิดพลาดในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวจากบุคลากร ซึ่งถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) นอกจากกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ในผู้ป่วยบางรายจะมีความรู้สึกผิด หลังจากกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว โดยอาจมีความคิดทำร้ายตนเองจากความรู้สึกผิด หรือเกิดความหวาดกลัวที่จะถูกบุคลากรหรือผู้ป่วยอื่นลงโทษต่อพฤติกรรมที่ตนได้กระทำลงไป (Scott & Remich, 2006) ส่วนผู้ป่วยอื่นที่ถูกกระทำรุนแรง อาจได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งมีความรู้สึกหวาดกลัว กับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเลียนแบบผู้ป่วยที่เป็นผู้เริ่มกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) นอกจากนี้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเองอาจได้รับบาดเจ็บจากการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย บุคลากรเกิดความเครียด มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2541) การที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชมักมีผลกระทบต่อสิ่งของ ทำให้ให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินต่าง ๆ สูญเสียงบประมาณในการซ่อมบำรุง (Vandersloot, 1998) สรุปได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งต่อบุคคล และสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้น ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ สภาพแวดล้อมผู้ป่วย เช่นหอผู้ป่วยที่แออัดมากเกินไป (Chou et al., 2002) กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัด หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการรุกรานความเป็นส่วนตัว (Burrow, 1994; Chou et al., 2002) การที่ผู้ป่วยถูกขู้งานจากผู้ป่วยอื่นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าการไม่ได้ถูกขู้งานจากผู้ป่วยอื่น (Powell, Caan, & Crowe, 1994) พฤติกรรมของบุคลากร ตัวอย่างเช่น การมีท่าทีเฉยเมย ไม่สนใจผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคลากรได้ (Miller, 1991) นอกจากนี้การที่มีบุคลากรในขณะที่ปฏิบัติงานจำนวนน้อยและต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้ (Chou et al., 2002)

นอกจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยส่วนบุคคลหมายถึง ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวมากับผู้ป่วย และเป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นสิ่งที่เร้าในการพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เป็นเพศชาย (สุพัฒนา เดชาดวงศ์, 2548; อนันต์ อุ่นแก้ว, กชพงศ์ สารการ, และ ศักดา ขำคม, 2543; Scott & Resnick, 2006) มีอายุน้อย (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2541; Duncan, 1992) มีระดับการศึกษาต่ำ (อนันต์ อุ่นแก้ว, กชพงศ์ สารการ, และ ศักดา ขำคม, 2543; Swanson, Swartz, & Borum, 2000) มี

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว (MacArther Foundation, 2001) มีประวัติการได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Johnson, 2004) มีประวัติการใช้สารเสพติด (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคดังต่อไปนี้ เช่น โรคจิตเภท (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) โรคอารมณ์แปรปรวน (ธีระ สีสานันทกิจ, 2541) โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Hanson et al, 1996) โรคและความผิดปกติทางสมอง (Webster, 2007) และกลุ่มโรคด้านการเรียนรู้และสติปัญญา (Turnbull & Paterson, 1999; Webster, 2007) จากการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวดังที่กล่าวมาข้างต้น นำมาซึ่งการพัฒนาโดยทางในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ซึ่งปัญหาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญ การป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา ทำโดยมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน SAFE (ทึมนำทางคลินิก โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมก้าวร้าว และ พฤติกรรมหลบหนี โดยในหัวข้อการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ 1) การพกพาอาวุธ/อุปกรณ์ที่อาจทำร้ายผู้อื่น 2) ประวัติการใช้สารเสพติดหรือหยุดใช้ก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 5 วัน 3) การทำร้ายผู้อื่น/ทำลายของภายใน 1 สัปดาห์ 4) การมีอาการที่มีแนวโน้มที่จะทำร้ายผู้อื่น(หูแว่ว หวาดระแวง หลงผิด) 5) การตรวจพบมีสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ คำพูด แสดงความก้าวร้าว และ 6) ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาหงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (เสียงดัง แออัด) ซึ่งจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน SAFE พบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่ที่ได้รับการรายงาน เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา มีการรายงานอุบัติการณ์จำนวนน้อย หรือมีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวแต่ไม่ได้มีการรายงาน นอกจากนี้ในบางสถานการณ์แบบประเมิน SAFE ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างแม่นยำ

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาตระหนักถึงความสำคัญของการที่ต้องมีแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความแม่นยำในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่จะเกิดขึ้น ซึ่งแบบประเมิน SAFE ที่ประเมินปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดอยู่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ จะสามารถเป็นแนวทางในการปรับปรุงแบบประเมินที่มีอยู่ เพื่อให้พยาบาลได้ใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น มีการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม และลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ตามหลักการวินิจฉัยด้วย ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) หรือ ระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) (World Health Organization, 1992)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมและการกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทั้งทางร่างกาย และทางวาจา ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ เป็นผลให้เกิดการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ตนเองและผู้อื่น รวมถึงสิ่งของ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2548)

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นสิ่งเร้าในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติในอดีต การใช้สารเสพติด โรคทางจิตเวช กลุ่มอาการทางจิตเวชและความผิดปกติทางสมอง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอในหัวข้อดังต่อไปนี้

- ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
- พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช
 - ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว
 - วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
 - ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าว
 - ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช
 - การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช

ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behaviors)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้ที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายของคำว่าก้าวร้าวว่า หมายถึง พฤติกรรมกะกะระราน ใช้กิริยาและวาจาที่กระด้างและล่วงเกินผู้อื่น

Longman Dictionary (2010) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับคำว่า violence ว่าเป็น พฤติกรรมทำร้ายต่อร่างกายผู้อื่น ส่วนคำว่า aggressive นั้น ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำซึ่งเกิดขึ้นจากความโกรธ เป็นการคุกคาม หรือต่อสู้กับบุคคลอื่น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า เป็นการใช้อำนาจทางกาย กระทำ หรือ ข่มขู่ ต่อบุคคล กลุ่มคน หรือ ชุมชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต จิตใจถูกคุกคาม หรือทำให้ภาวะทางจิตใจถดถอย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง พฤติกรรมและการกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทั้งทางร่างกาย วาจา จิตใจและทางเพศ โดยการบังคับขู่เข็ญ ทำร้าย ทุบตี ตลอดจนคุกคาม จำกัดและกีดกันสิทธิเสรีภาพ ซึ่งเป็นผลหรือ

อาจจะเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ถูกรกระทำ เช่น พฤติกรรมที่เกะกะระราน ใช้กับกริยาและวาจาที่ไม่เรียบร้อย หรือทำให้เกิดกังวลแก่ผู้อื่นได้แก่ การตีเตะ ทำลายของ ทะเลาะ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีและต่อต้านไม่ร่วมมือ ได้เถียง ขู่มข่มขู่รังแกผู้อื่น เรียกร้องความสนใจ ทำลายสิ่งของของตนเองและผู้อื่น อิจฉาคนอื่น มีเรื่องต่อสู้อันตรายร่างกายผู้อื่น จุนเจียว อารมณ์เปลี่ยนแปลงกะทันหัน

วัลลี ธรรมโกสิทธิ์ (2550) ได้ให้คำนิยามพฤติกรรมรุนแรงว่า หมายถึงการแสดงออกที่มีลักษณะของอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด คำหยาบคายข่มขู่ คุกคาม ร่วมกันมีพฤติกรรมก้าวร้าว การพยายาม หรือคุกคาม การทำร้ายร่างกาย อันจะเป็นอันตรายแก่บุคคลอื่น และทำลายวัตถุ

นางพางา ลิ้มสุวรรณ (2548) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึงความคิดความรู้สึกที่ต้องการใช้ความรุนแรงจากภายในตนเองต่อผู้อื่น ที่อาจแสดงออกมามากหรือน้อยเป็นเพียงความรู้สึก ความคิด หรือท่าทาง คำพูด จนกระทั่งพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ตนเอง สิ่งมีชีวิต หรือสิ่งของ

ไวด์เบค (Videbeck, 2001) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นการแสดงออกของแรงขับ ในการทำลาย มุ่งเน้นทำลายสิ่งของ บุคคลอื่น รวมถึงญาติพี่น้องและตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวนี้มีอยู่มากมาย กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หมายถึง พฤติกรรมและการกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทั้งทางร่างกาย และทางวาจา ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ เป็นผลให้เกิดการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ตนเองและผู้อื่น รวมถึงสิ่งของ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ได้มีการนำเสนอทฤษฎีหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงการพัฒนาของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีสัญชาตญาณความก้าวร้าว (Instinct Theory of Aggression)

ทฤษฎีสัญชาตญาณความก้าวร้าว เป็นทฤษฎีที่ ฟรอยด์ (Freud, 1937 อ้างใน ทศไนย วงศ์สุวรรณ) เชื่อว่ามนุษย์มีสัญชาตญาณแห่งการทำลาย ทั้งต่อตัวเองและคนอื่น แต่ถูก

ควบคุมโดยสัญชาตญาณการอยู่รอดหรือการปกป้องตนเอง นอกจากนั้นฟรอยด์ยังกล่าวถึงเรื่องความพึงพอใจทางเพศ จากการถูกคู่ร่วมเพศทำร้าย ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดทางร่างกายหรือจิตใจว่าเป็นผลมาจากความต้องการทำร้ายหรือก้าวร้าวผู้อื่น ทั้งนี้เพราะการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นไม่สามารถแสดงออกมาได้โดยง่าย จึงหันมาทำร้ายตัวเอง ฟรอยด์ได้ให้ความเห็นว่า การที่บุคคลมีความรู้สึกเช่นนี้ เพราะมีความรู้สึกผิด ติดอยู่ในจิตไร้สำนึก เป็นต้นว่า เมื่อวัยเด็กเคยถูกทำร้ายตอบเพื่อเป็นการแก้แค้น แต่เด็กแสดงออกไม่ได้ เมื่อเป็นผู้ใหญ่ จึงได้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

ทฤษฎีชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าว (Biological Theory of Aggression)

ระดับของฮอร์โมนในร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยในเพศชายที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมีระดับฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น (Videbeck, 2001) ส่วนในเพศหญิง ระดับเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน มีระดับต่ำกว่าปกติในวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Videbeck, 2001) ส่วนในวัยเจริญพันธุ์ เพศหญิงมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วงที่มีประจำเดือน เนื่องจากเวลานั้น เอสโตรเจน มีระดับต่ำลง (Mendes, Mari, Singer, Barros, & Mello, 2009)

ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Mendes, Mari, Singer, Barros, & Mello, 2009) โดยระดับโดปามีนมากกว่าปกติ จะทำให้เกิดอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ซึ่งอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้ (สิวลี เปาโรหิตย์, 2550) จากการศึกษาของ กลาเซอร์ และ ดิคสัน (Glazer & Dickson, 1998 อ้างใน กขพงศ์ สารการ, 2542) พบว่าในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอัตราการเผาผลาญของโดปามีนสูง จึงต้องใช้ยา Clozapine เพื่อลดระดับโดปามีนลง ในส่วนของซีโรโตนินที่เป็นสารสื่อประสาทเกี่ยวกับ อารมณ์เศร้า การนอน การอยากอาหาร ระดับซีโรโตนินต่ำจะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและกระวนกระวาย (กริชนรินทร์ นาคบุตร, 2551) รวมถึงการมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Videbeck, 2001) การศึกษาของ คราโครวสกี (Krakowski, 2003) พบว่าผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหลั่งของซีโรโตนิน จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว และขาดความยับยั้งชั่งใจร่วมด้วย

ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (Aggression Cues Theory)

ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว มาจากแนวคิดของ เบร์โควิทซ์ (Berkowitz, 1964) ที่กล่าวว่าความคับข้องใจเป็นตัวให้ก่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่การแสดงออกความก้าวร้าวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม กล่าวคือ แรงขับภายในจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นนั้นคือถ้าเกิดความคับข้องใจน้อย แต่มีสถานการณ์กระตุ้นมากก็เกิด

พฤติกรรมก้าวร้าวได้หรือถ้าเกิดความคับข้องใจมาก แต่มีสถานการณ์กระตุ้นน้อย ก็ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ทฤษฎีความก้าวร้าวที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory of Aggression)

ทฤษฎีความก้าวร้าวที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมเน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และเชื่อว่าการประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ แม่แบบ และการเสริมแรง ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1973) เชื่อว่า เด็กไม่ได้เรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวโดยตรงจากการให้รางวัลหรือการลงโทษจากผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว แต่เด็กจะเลียนแบบผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง รวมไปถึงการเรียนรู้รูปแบบสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อของชุมชนที่เด็กอยู่อาศัย ถ้าเด็กได้เห็นตัวอย่างพฤติกรรมก้าวร้าวและแสดงพฤติกรรมนั้นบ้าง แล้วได้รับรางวัลเช่น เมื่อแสดงความโกรธ หรือกรีดร้อง แล้วได้ในสิ่งที่เขาต้องการ เด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นอีก ทฤษฎีนี้เน้นการเสริมแรง ถ้าบุคคลนั้นได้รับการเสริมแรงก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ถ้าได้รับการลงโทษ บุคคลก็เลิกแสดงพฤติกรรมนั้น แบนดูรา ได้อธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวในทฤษฎีความก้าวร้าวที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคม 3 ลักษณะ คือ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Original of Aggression) ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Instigator of Aggression) และการเสริมแรงที่ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวคงอยู่ (Reinforcement of Aggression) นอกจากนี้การเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ หรือวิดีโอเกมทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา (Johnson, 1997)

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมมนุษย์ที่มีลักษณะซับซ้อน เกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีต่าง ๆ มาช่วยอธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวประกอบกัน

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ในประเด็นดังต่อไปนี้คือ ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าว ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช และการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช

ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้แบ่งประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวไว้หลายแบบแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

เทอร์นบูล และ แพเทอร์สัน (Turnbull & Paterson, 1999) ได้จำแนกลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว ไว้ 3 ประเภท ใหญ่ๆ ได้แก่

1. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคล มีเป้าหมายทำให้เกิดอันตราย บาดเจ็บ ต่อตนเอง หรือผู้อื่น ทั้งมีการเตรียมการไว้ก่อน และไม่ได้เตรียมการไว้ก่อน โดยใช้มือเปล่าหรืออาวุธร่วมด้วย
2. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ มีเป้าหมายทำให้เกิดความเสียหายต่อวัตถุ โดยมากจะเป็นการแสดงพฤติกรรมเพื่อถ่ายเทความโกรธไปยังสิ่งของเหล่านั้น
3. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา มีเป้าหมายให้ผู้ถูกกระทำมีความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ เป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้วาจาที่รุนแรง น้ำเสียงกระแทกกระทั้น หรือเสียงห้วน หรือลักษณะออกคำสั้น อาจมี หรือไม่มีการแสดงออกของความโกรธ (เช่น หน้าแดง หรือสีหน้าไม่พอใจ) ร่วมด้วยก็ได้ โดยที่ขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจานั้น เนื้อหาของคำพูดจะไม่ค่อยอยู่กับร่องกับรอย ไม่ประติดปะต่อเรื่องราว หรือเป็นเหตุเป็นผลมากนัก

วิทซ์ (Witz, 1965) แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 2 ชนิด ตามสาเหตุ ได้แก่

1. พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นเครื่องมือไปสู่เป้าหมาย (Instrumental aggression) เป็นพฤติกรรมที่ไม่มีเจตนาร้ายที่จะให้บุคคลหรือสิ่งของเสียหาย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อเหตุผลบางอย่าง เช่น เพื่อระบายความคับข้องใจ เพื่อรางวัลหรือเพื่อเรียกร้องความสนใจพฤติกรรม ชนิดนี้จะเปลี่ยนไปตามสภาพของการจัดสิ่งแวดล้อมของรางวัลและการลงโทษ

2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากความโกรธ (Angry-aggression หรือ Hostility aggression) เป็นพฤติกรรมที่ต้องการให้บุคคลหรือสิ่งของที่ได้รับอันตรายหรือเสียหาย มีสาเหตุมาจากความโกรธของผู้กระทำ

ยูคอฟสกี และคณะ (Yudofsky et al., 1986) แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (Verbal violent behavior) ได้แก่ การส่งเสียงดัง หรือตะโกนด้วยความโกรธ ถูกผู้อื่น ด่าสาบแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธและคุกคาม บ่งบอกถึงความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น เช่น “ฉันอยากจะฆ่าแก” มีเป้าหมายให้ผู้ถูกกระทำมีความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ

2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง (Physical violent behavior against self) ได้แก่ พฤติกรรมการหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตัวเอง ดึงเส้นผม สีรษะโขกพื้น ใช้กำปั้นชกสิ่งของ

กระแทกตัวกับผนังห้อง มีรอยฟกช้ำที่ลำตัว แขน ขา หรือ กัดตนเอง เพื่อต้องการให้ตัวเองเกิดอันตราย หรือเพื่อเรียกร้องความสนใจ

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (Physical violent behavior against other people) ได้แก่ พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า ลำตัว จับผู้อื่นเหวี่ยงไปมา ตบตี ชกต่อย ดึงเส้นผมทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดรอยช้ำนูน ข้ำบวม หรือกระดูกหัก มีแผลลึก มีเป้าหมาย ทำให้เกิดอันตราย บาดเจ็บ ต่อผู้อื่น

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ (Violent behavior against object) ประกอบด้วย พฤติกรรมเขย่าประตู ถีบเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด ทำให้สกปรก ปัดสิ่งของลงพื้น ตะเพอร์นิเจอร์ ในห้อง ขีดเขียนฝาผนัง ทบสิ่งของให้แตก ทบกระจก มีเป้าหมายให้สิ่งของชำรุดเสียหาย

สรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมีการจำแนกลักษณะใหญ่ๆ คือพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคล ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อสิ่งของ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา รวมทั้งมีการจำแนกตามสาเหตุ โดยมีวัตถุประสงค์ของผู้ที่ก่อพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้ผู้ถูกกระทำเกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดความเสียหายต่อเป้าหมาย รวมไปถึงเพื่อเรียกร้องความสนใจ

วงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ธีระ ลีลาณันทกิจ (2541) ได้เสนอแนวคิดวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวแบ่งเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 มีสิ่งกระตุ้น (Triggering) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ กระสับกระส่าย วิตกกังวล ไวต่อสิ่งกระตุ้น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเร็ว เหงื่อออกมาก พูดเสียงดัง

ระยะที่ 2 การก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น (Escalation period) ผู้ป่วยจะแสดง การ เคลื่อนไหว มากขึ้น ขาดการควบคุมตนเอง ใบหน้าซีดขาวหรือแดงช้ำน ตะโกน พูดคำหยาบ กำหมัดแน่นท่าทางคุกคามไม่เป็นมิตร สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะวิกฤติ (Crisis) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะแสดงออกทางอารมณ์ เช่นขว้างปาสิ่งของ ตะดี กัด ข่วน ถ่มน้ำลาย กรีดร้องเสียงแหลมและกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย ไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน จัดได้ว่าเป็นระยะของพฤติกรรมรุนแรง

ระยะที่ 4 ระยะคืนสู่ปกติ (Recovery) ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางร่างกายได้อย่างปกติเสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พูดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย

ระยะที่ 5 หลังจากระยะวิกฤติผ่านไปแล้ว (Post Crisis) ผู้ป่วยจะพยายามประนีประนอม และกลับมาทำงานได้อย่างปกติเหมือนเดิมรู้สึกผิดในสิ่งที่กระทำ กล่าวขอโทษ แยกตัวเอง

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงขึ้น ในแต่ละระยะ หากบุคลากรทราบ และเข้าใจเกี่ยวกับวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จะสามารถช่วยให้บุคลากรสามารถให้การดูแล และจัดการกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้เหมาะสมในแต่ละระยะ

ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช เป็นอุบัติการณ์สำคัญที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังต่อไปนี้

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง

เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นอาจได้รับบาดเจ็บ จากพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง หรือจากการตอบสนองจากผู้ป่วยอื่น หรือถ้ารุนแรงมาก อาจเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) รวมทั้งจากการผิดพลาดในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวจากบุคลากร นอกจากกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ในผู้ป่วยบางรายจะมีความรู้สึกผิด หลังจากก่อพฤติกรรมก้าวร้าว อาจมีความคิดมุ่งร้ายตนเองจากความรู้สึกผิด (Scott & Remich, 2006) หรือเกิดความหวาดกลัวที่จะถูกบุคลากร หรือผู้ป่วยอื่นลงโทษ ต่อพฤติกรรมที่ตนได้กระทำลงไป

ผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่น

ผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งจากความผิดพลาดในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวจากบุคลากร รวมทั้งมีความรู้สึกหวาดกลัวกับสถานการณ์ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้น เนื่องจากรู้สึกแบบเดียวกับผู้ป่วยที่เป็นผู้เริ่มกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว

ผลกระทบต่อบุคลากร

มีการศึกษาพบว่า กลุ่มบุคลากรที่ถูกทำร้ายมากที่สุดคือ พยาบาล (Warchol, 1998) ส่วนโรส (Rose, 1997 อ้างใน กชพงศ์ สารการ, 2542) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศไอร์แลนด์ พบว่า หลังถูกทำร้าย บุคลากรวิตกกังวลว่าจะถูกทำร้ายซ้ำ พบร้อยละ 91 และร้อยละ 36 มีความต้องการลาพักผ่อนหรือลาป่วยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อบุคลากร อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (ธีระลีลานันท์ทกิจ, 2541) และนอกจากนี้ความเครียดของบุคลากร ยังส่งผลต่อการ ดูแลผู้ป่วยอื่น คือ ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ (นภคณ วาณิชชิตี, ชลพร กองคำ, และกาญจนา สุทธิเนียม, 2549)

ผลกระทบต่อสิ่งของ

เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินต่าง ๆ (Vanderslot, 1999 อ้างใน ศิริพร ทุมเสน, 2547) หากผู้ป่วยหิบนอนมาเป็นอาวู หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวไปยังวัตถุสิ่งของนั้น ทำให้ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ ของรัฐบาลในการซ่อมแซมอุปกรณ์ อีกทั้งหากเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตที่กำลังใช้งาน นอกจากจะส่งผลกระทบต่ออุปกรณ์แล้วยังส่งผลต่อผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ใน ขณะนั้น หรือจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในขณะที่ส่งซ่อมบำรุงอีกด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคลากร และ ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถแบ่งได้เป็นหัวข้อหลัก ๆ ประกอบด้วย ผู้ป่วยอื่น สภาพแวดล้อม และ กฎระเบียบของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยอื่น

การศึกษาของโครว์เนอร์และคณะ (Crown et al., 2005) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับที่ พาวเวลล์ คาน และ โครว์ (Powell, Caan, & Crowe, 1994) ศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยถูกขู่ขังจากผู้ป่วยอื่นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าการไม่ได้ถูกขู่ขังจากผู้ป่วยอื่น (Powell, Caan, & Crowe, 1994) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ควันเบค และคณะ (Quanbeck et al., 2007) ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 54 ของผู้ป่วย มีพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากถูกขู่ขังและเป้าหมายคือบุคลากรในขณะที่เข้าดูแลเพื่อยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

สภาพแวดล้อม

จากการศึกษา ของ ชู และคณะ (Chou et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ รับความสะดวกสบาย สภาพหอผู้ป่วยที่แออัดมากเกินไป มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุตสาคร จำมัน (2553) พบว่าหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยหลายชนิดอาการรวมกัน เช่นผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และห้องแยกที่มีสภาพเหมือนกรงขัง (Burrow, 1994) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

กฎระเบียบของโรงพยาบาล

กฎระเบียบของ โรงพยาบาลที่เคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพในสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ การไม่ได้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วยจะต้องอยู่ภายในบริเวณที่จำกัด กิจกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการรุกรานความเป็นส่วนตัว (Burrow, 1994; Chou et al., 2002) ต้องปฏิบัติตามกฎของหอผู้ป่วย (Burrow, 1994) รวมไปถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่เต็มใจ มีการจำกัดพฤติกรรม การนิยดาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าถูกลงโทษ (กริชนรินทร์ นาคบุตร, 2551) การที่บุคลากรไม่ได้ชี้แจงแผนการรักษา เช่นการปรับยาโดยที่ไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ และทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Olofsson & Jacobson, 2001)

ปัจจัยด้านบุคลากรในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย เพศของบุคลากร ประสบการณ์ของบุคลากร พฤติกรรมของบุคลากร ความเชื่อของบุคลากร และจำนวนบุคลากรในขณะปฏิบัติงาน ดังนี้

เพศของบุคลากร

แฟลนเนอรี (Flannery, 2007) ทำการศึกษาเกี่ยวกับเพศของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวกับบุคลากรที่เป็นเพศเดียวกัน

ประสบการณ์ของบุคลากร

วิททิงตัน และไวคส์ (Whittington & Wykes, 1994) พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ที่ถูกทำร้ายมักเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ยังมีประสบการณ์น้อย และพบว่าบุคลากรยังมีประสบการณ์มากเท่าไร ความเสี่ยงจะยิ่งลดลงเท่านั้น ซึ่งเป็นเพราะ พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยอาจมีการให้การพยาบาลหรือการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ขาดทักษะ เช่น การซักถามผู้ป่วยมากเกินไป การขัดจังหวะขณะผู้ป่วยกำลังสนทนา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ วิดกกังวล และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Burrow, 1994)

พฤติกรรมของบุคลากร

โดยทั่วไปการจัดการกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ของบุคลากรนั้น เป็นไปตามนโยบายของหน่วยงาน แต่ในบางครั้งการจัดการต่อพฤติกรรมก้าวร้าว บุคลากร อาจใช้ความคิด หรือความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองเข้าจัดการ เพื่อลดความรู้สึกของตัวบุคลากรเองว่าถูกผู้ป่วยคุกคาม และเป็นการปกป้องตนเองทำให้รู้สึกปลอดภัย ได้แก่ ทำทีเฉยเมย ไม่รับฟังผู้ป่วย ยั่ว

หรือล้อเลียนผู้ป่วยโดยเจตนา ใช้เสียงดังแสดงอำนาจและออกคำสั่งต่อผู้ป่วย ทำโทษและกลั่นแกล้งผู้ป่วย (Miller, 1991) การนิยามผู้ป่วย การจำกัดพฤติกรรมโดยไม่ได้อธิบายให้เข้าใจ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เกิดความวิตกกังวล และเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคลากร กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

จำนวนบุคลากรในขณะปฏิบัติงาน

จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอและต้องรับผิดชอบงานอื่นมากเกินไป เช่น งานด้านบริหาร ด้านวิชาการทำให้มีเวลาดูแลใส่ใจน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (Chou et al., 2002) จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่พฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาล มักเกิดในช่วงที่มีภาระงานมากเช่น เวรเช้า (สุคสาคร จำนัณ, 2553) หรือเวรบ่าย หรือวันหยุด และมีอัตราค่าจ้างบุคลากรไม่เพียงพอ (กริชนรินทร์ นาคบุตร, 2551) รวมทั้งขณะผลัดเปลี่ยนเวร (Chou et al., 2002) ที่บุคลากรกำลังให้ความสนใจกับการรับส่งเวร หรือผลัดเปลี่ยนลงรับประทานอาหาร (สุคสาคร จำนัณ, 2553)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้

เพศ

จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย โดยปกติ เพศชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง (Otto, 2000) ผลการศึกษาอิทธิพลของฮอร์โมนเพศชาย ในแง่การแข่งขันต่อสู้ในสัตว์ทดลอง พบว่าระดับฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น (จามจุรี อุดรสาร, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าเทสโตสเตอโรน จะไปเพิ่มผลของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้แอลกอฮอล์อีกด้วย (Volavka, 1995)

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างเพศชายและเพศหญิงโดย ทาร์ดีฟ และ สเวลลิแอม (Tardiff & Sweiliam, 1980) พบว่าเพศชายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า และมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชเพศชาย จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิง (Hodgins, 1992; Wessely, Castle, Douglas, & Tatlor, 1994) อนันต์ อุ่นแก้ว กชพงศ์ สารการ และ ศักดา ขำคม (2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับ แทม และคณะ (Tam et al., 1996) ที่ได้ทำการศึกษาในสถาบัน อัลเลน เมโมเรียล เมืองมอนทรีออล แคนาดา ซึ่งเป็นแผนกจิตเวช ขนาด 74 เตียง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในเพศหญิง พบว่ามักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาหรือมีพฤติกรรม

ก้าวร้าวต่อสิ่งของ (Chou et al., 2002) ซึ่งมีพฤติกรรมรุนแรงในรูปแบบที่ไม่ร้ายแรง หรือก่อความเสียหายมากเท่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีการเรียนรู้การแก้ไขปัญหา และมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาแตกต่างจากเพศชาย คือ เพศหญิงมักแก้ไขปัญหาด้วยการประนีประนอม (Bjorkqvist, 1994) แต่ก็มีการศึกษาพบว่าเพศหญิงมักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้บ่อยครั้งกว่าเพศชาย (Steinert, Wiebe, & Gebhardt, 1999) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีการศึกษาบางการศึกษาที่เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างเพศในผู้ป่วยจิตเวช แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ในการศึกษาของ ทาร์ดีฟ และคณะ (Tardiff et al., 1997) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ต่างจากเพศชาย ในช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมาย ความรุนแรง หรือมีการใช้อาวุธไม่ต่างจากเพศชาย

อายุ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุน้อย มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541; Duncan, 1992) โดยส่วนใหญ่มักมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (Anderson et al., 2004) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สเวนสันและคณะ (Swenson et al., 1990) พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 7.34 มักอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่น้อยที่สุด ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา แทม และคณะ (Tam et al., 1996) พบว่า ร้อยละ 76 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวใน 1 สัปดาห์ จะมีช่วงอายุระหว่าง 20 ถึง 40 ปี ส่วนการศึกษาของ ชางและลี (Chang & Lee, 2004) พบว่าผู้ที่เริ่มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น มีการศึกษาถึงพฤติกรรมเกรในเด็ก พบว่า เด็กที่แสดงพฤติกรรมเกรส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมเกรในเด็กจะพัฒนาไปสู่โรคบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดต่อต้านสังคมหรืออันธพาล (Antisocial personality disorder) โดยพฤติกรรมเกรที่พบมากที่สุดคือ การหนีโรงเรียน (วรุณา กลกิจโกวินท์ และ พิสาสน์ เตชะเกษม, 2545) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มักมีพฤติกรรมก้าวร้าว มักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Anderson et al., 2004)

ระดับการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โบรัมและคณะ (Borum et al., 1996) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าบุคคลโดยทั่วไป ไชรเบอร์และคณะ (Schraiber et al., 2006) ทำการศึกษาในประเทศบราซิล พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่ มีการศึกษาดำ อนันต์ อุ่นแก้ว กษพงศ์ สารการ และ ศักดา จำคม (2543) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรม

ก้าวร้าวมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา และการศึกษาของฟาร์ริงตัน และคณะ (Farrington et al., 1998) พบว่าในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มักจะมีผลการเรียนที่ไม่ดี สอบตก หรือเรียนไม่จบตามเกณฑ์

ประวัติในอดีต

ประวัติในอดีตที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช มีดังต่อไปนี้

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวในอดีต เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญและเป็นตัวทำนายที่ดีเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Klassen & O'Conner, 1988) ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยมีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีกและมากกว่าปกติ (Anderson et al., 2004) ผู้ที่เคยมีประวัติความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็น การถูกจับกุม ประวัติอาชญากรรม หรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกบันทึกขณะอยู่โรงพยาบาล มักมีความเกี่ยวข้องต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในอนาคต ผู้ที่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน (MacArther Foundation, 2001) และการที่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน มักพบว่าเป็นการง่าย ที่จะทำพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นซ้ำอีก โดยไม่คำนึงถึงสถานที่ ซึ่งแม้จะเป็นสถานที่ใหม่ๆ กับบุคคลที่ไม่เคยรู้จักก็ตาม (Steinert, Wiebe, & Gebhard, 1999) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ที่เคยใช้อาวุธในการทำร้ายผู้อื่นมักมีความเป็นไปได้สูงว่าในอนาคตจะมีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีกบ่อยๆ (Scott & Remich, 2006) และมักพบว่าเป็นการใช้อาวุธปืนมากกว่ามีด 5 เท่า (Zimring, 1991) โดยการศึกษานี้ทำในสหรัฐอเมริกาซึ่งร้อยละ 40 ของครัวเรือนจะมีอาวุธปืนไว้ในครอบครอง และมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีการอนุญาตให้พกอาวุธปืนได้ พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกี่ยวกับการใช้อาวุธปืนเป็นจำนวนมาก (Kaplan & Geling, 1998)

ประวัติการเลี้ยงดู และสภาพแวดล้อม

การเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในกรณีที่พ่อแม่มีลักษณะก้าวร้าว (Johnson, 2004) หรือมาจากครอบครัวที่ก่ออาชญากรรม (Farrington et al., 1998; MacArther Foundation, 2001) ลูกจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยเช่นกัน ซึ่งเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมที่พบเห็น ก่อให้เกิดเป็นบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งตรงกับทฤษฎี การเรียนรู้สังคม (Bandura, 1973) ที่กล่าวว่า เด็กจะเรียนรู้รูปแบบทางสังคมและพฤติกรรมจากการสังเกตในสิ่งที่เขาเห็น (Cairns & Dawes, 1996) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่กระทำผิดทางกฎหมายพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่กระทำผิดในคดีความรุนแรงมักเกิดจากการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ขาดความอบอุ่น ถูกทารุณจากพ่อแม่ในวัยเด็ก (วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, 2550; Anderson et al., 2004) และมีพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมขาดวินัย ไม่เป็นที่ปรึกษาที่ดี (วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, 2550) สตรอส และ สมิธ (Straus & Smith, 1990) ทำการศึกษาใน

ชาวอเมริกัน 3,235 ครอบครัว ถึงการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในครอบครัว พบว่า เมื่อเด็กถูกพ่อแม่ ทำร้ายร่างกาย จะส่งผลให้เด็กผู้นั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการถูกพ่อแม่ทำร้ายร่างกายจนเข้าสู่วัยรุ่น นอกจากนี้สุพัฒน์ เดชดิวส์ (2548) ได้เสนอข้อคิดเห็นว่า ถ้าเด็กถูกห้ามไม่ให้ทำสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวจึงถูกกดเก็บไว้มากเพราะถูกจำกัด พฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกกดเก็บไว้นั้นอาจมีมากเสียจนเป็นผลร้ายก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นในเวลาต่อมา ซึ่งสอดคล้องกับที่ แมนเดส และคณะ (Mendes et al., 2009) กล่าวว่า เมื่อเด็กเกิดความคับข้องใจ มักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาเพื่อตอบสนองความคับข้องใจนั้น

ด้านสภาพแวดล้อม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าเด็กที่โตมาท่ามกลางสงคราม และสถานการณ์การก่อการร้าย มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น เคเรสเตส (Kerestes, 2001) ได้ทำการ ศึกษาและเก็บข้อมูล จากเด็กนักเรียนใน ประเทศโครเอเชีย ภายหลังการเกิดสงคราม พบว่าเด็กล้วนแต่มีความก้าวร้าว ซึ่งเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมที่พบเห็นในสังคม ก่อให้เกิดเป็นบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งตรงกับทฤษฎี การเรียนรู้สังคมของแบนดูรา นอกจากนี้ในด้านการเรียนรู้แล้ว ในภาวะสงครามที่มีแต่ความรุนแรง นักรบที่กล้าหาญจะเป็นวีรบุรุษที่ได้รับการยกย่อง สิ่งเหล่านี้จะถูกปลูกฝังลงในพื้นฐานทางจิตใจของเด็ก ทำให้เด็กที่มีชีวิตอยู่ในช่วงภาวะสงครามจะเติบโตขึ้นเป็นบุคคลที่มีความก้าวร้าวมากกว่าเด็กในภาวะปกติ (Cairns & Dawes, 1996)

แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 2004) ได้ทำการศึกษาพบว่า การอยู่ในสังคมที่สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson, 2004) ที่พบว่า การเป็นสมาชิกของขบวนการก่อการร้าย เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งตรงกับทฤษฎี การเรียนรู้ของแบนดูรา (Bandura, 1973) เช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของฟอนเทน (Fontaine et al., 2003) ถึงการมีพฤติกรรมแยกจากสังคม หรือ การถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนตั้งแต่ในวัยเรียน พบว่าเด็กที่มีบุคลิกลักษณะแยกตัว หรือถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน เมื่อโตขึ้นจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวในอนาคตมากกว่าเด็กกลุ่มอื่น

การใช้สารเสพติด

การศึกษาของ แฮมริน เอนนาโค, และ โอลเซน (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) พบว่าการใช้สารเสพติดต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยที่ผู้ปกครองจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น เพราะการใช้สารเสพติดมักทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดความสามารถในการคิด มีการสื่อสารที่ผิดพลาด และขาดเหตุผล (วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, 2550) การใช้ยาเสพติดประเภท เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)

จะทำให้เกิดอาการทางจิตของผู้เสียหายที่คล้ายกับอาการของโรคจิตเภท พบได้บ่อย 2 ใน 3 ของผู้ที่เสพยาแบบเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะมีการประสาทหลอน หูแว่ว และความคิดแบบหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543) ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโครว์เนอร์ (Crowe, 2000) และการศึกษาของ โมนาฮาน, สตีลแมน, ซิลเวอร์, และ เอเพิลเบม (Monahan, Steadman, Silver, & Appelbaum, 2001) ที่กล่าวว่า สารเสพติดเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นอกจากนี้หากผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท มีการใช้ยาเสพติดร่วมด้วยจะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายขึ้น (Steinert et al., 1999)

คูมาอิส และคณะ (Dumais et al., 2005) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยประเภทนี้มีระดับความก้าวร้าวมากกว่ากลุ่มอื่น กันน์ และ เทเลอร์ (Gunn & Taylor, 1993) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาความรุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 1740 ราย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ในการเสพติดกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น (ฝิ่น เมธาโดน มอร์ฟีน เฮโรอีน) จะออกฤทธิ์ในลักษณะทำให้เคลิบเคลิ้ม ลดความเจ็บปวด แต่ในระยะถอนยา ผู้ที่ติดสารเสพติดจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Hoaken & Stewart, 2003) นอกจากนี้มีการศึกษาในการใช้กัญชา พบว่า ผู้ที่ใช้กัญชามักมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (Hoaken & Stewart, 2003)

ส่วนในกลุ่มโคเคนพบว่า ผู้ที่ใช้โคเคนจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณที่ใช้ (Licata, Taylor, Berman, & Cranston, 1993) และผู้ใช้โคเคน จะมีลักษณะอาการหวาดระแวง หรือรู้สึกว่าเป็นคนใหญ่โต หรือมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น (Grandiose idea) คล้ายกับอาการของโรคจิตเภท (Scott & Remich, 2006)

โรคทางจิตเวช กลุ่มอาการทางจิตเวช และความผิดปกติทางสมอง

โรคหรือกลุ่มอาการทางจิตที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย จิตเวชมีดังต่อไปนี้

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะมีการแสดงเป็นสองลักษณะอาการ คือ อาการทางบวกหมายถึง อาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่ ประสาทหลอน อาการหลงผิด ความคิดผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมผิดปกติ และอาการทางลบหมายถึง อาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติทั่วไป ได้แก่ สีหน้าอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ไม่พูด ไม่มีอาการยินดียินร้าย รวมไปถึงการไม่สนใจดูแลกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้

หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภท มักมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ในช่วงภาวะหวาดระแวง ประสาทหลอนรุนแรง หรือหลงผิด (Gressi et al., 2001) คิดว่าตน เป็นคนใหญ่โต หรือมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น (Grandiose idea) ซึ่งอาการประสาทหลอน นำไปสู่การใช้ความรุนแรงที่ไม่มีเหตุผล โดยเฉพาะในผู้ป่วยชนิดหวาดระแวง (วัลลิ ชรรณโกสิทธิ์, 2550) ผู้ป่วยที่มีความคิดว่าถูกปองร้าย ในกรณีนี้ผู้ป่วยจะมุ่งพฤติกรรมก้าวร้าวไปยังบุคคลที่ตนหลงผิดว่าจะมาทำร้ายตน หรือวางแผนที่จะทำร้ายตน โดยทำร้ายบุคคลนั้นเสียก่อนที่ตนจะถูกทำร้าย (Krakowski, Volavka, & Brizer, 1986) ซึ่งผู้ที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายส่วนใหญ่ มักเป็นคนใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น บุคคลในครอบครัว (Tardiff & Koenigsberg, 1985) หรือเพื่อน (Crowe, 2000) ผู้ป่วยที่มีความคิดที่แปลกประหลาด รวมถึงการมีอาการประสาทหลอน จะเป็นการเสริมทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากขึ้นไปอีก (Wessely et al., 1993) โดยเฉพาะประสาทหลอนทางหูชนิดมีเสียงสั่งให้ทำตาม ร่วมกับการมีความคิดหลงผิด จะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามที่เสียงสั่ง (Hersh & Borum, 1998) ผู้ป่วยหลงผิดนี้นอกจากความคิดผิดปกติ และบางรายมีประสาทหลอนดังที่กล่าวมาแล้ว จะมีการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นต้นเหตุให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ (Webster, 2007) บาร์เทิล และคณะ (Bartels 1991) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นและยังเกิดความถี่ที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นอีกด้วย นอกจากนี้สุดสาคร จำมัน (2553) ได้ทำการศึกษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52) ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยเฉพาะในระยะเฟื่องคั่ง (mania) (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2541; Anderson, Bell, Powell, Williamson, & Blount, 2004; Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) ในช่วงระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีลักษณะคั่ง พุดมาก พุดเร็ว ความคิดเปลี่ยนเร็ว ไม่นอน ไม่ร่วมมือในการรักษา หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และพบว่ามักเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มากกว่าที่จะเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง (Krakowski, 1986)

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ มีอาการเศร้าซึม แยกตัวจากสังคม เบื่อหน่าย ไปจนถึงคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยให้เสียชีวิต (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การศึกษาของเจมส์ และคณะ

(James et al., 1990) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือทำร้ายตนเอง โดยไม่มีสัญญาณบอกว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด โดยเฉพาะในผู้ป่วยระดับซึมเศร้าปานกลางหรือรุนแรง (น้ำจิต กุลอ่อน, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ (2547) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 18.5 เท่า

โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder)

โรคบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นโรคที่ผู้ป่วย แสดงอาการที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากสังคมปกติในวัฒนธรรม มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่นมีการตอบสนองของอารมณ์ไม่เหมาะสม และเกิดการขัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่าย โดยที่ผู้ป่วยไม่เห็นว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นผิดปกติ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) โรคบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Hansen, 1996) ชนิดที่พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อย จะเป็น บุคลิกภาพแปรปรวนชนิดต่อต้านสังคมหรืออันทา (Antisocial personality disorder) (MacArther Foundation, 2001) ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้มักมีประวัติ ต่อสู้ช้ำๆ หรือแสดงพฤติกรรมทำร้ายร่างกาย รวมไปถึงการทำลายข้าวของ ระบาย หรือรังควานผู้อื่น ขโมยของและมีอาชีพที่ผิดกฎหมาย (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541) โรคบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดต่อต้านสังคม มักมีพฤติกรรมกะทันหัน ไม่สามารถยับยั้งได้ การตัดสินใจไม่ถูกต้อง มักชวนผู้อื่นทะเลาะวิวาท ขาดวินัยในการอยู่ร่วมกัน ผลจากการศึกษาพบว่าในบรรดาผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด ซึ่งพบได้ราว ร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเวช (Duncan, 1992) ส่วนกัณน์ และ เทเลอร์ (Gunn & Taylor, 1993) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาความรุนแรงจำนวน 1740 ราย พบว่า ร้อยละ 25 มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ

โรคบุคลิกภาพแบบคาบเส้น (Borderline Personality Disorder) จะมีการแสดงอารมณ์โกรธรุนแรงบ่อย และควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ ทำให้เกิดการชกต่อยบ่อยๆ (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541) มีการศึกษาของทาร์ดีฟ (Tardiff, 1998) ในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแบบคาบเส้น พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อรู้สึกถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของบุคลิกภาพ พบว่าการมีบุคลิกภาพแบบไม่เป็นมิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และยังสามารถพัฒนาไปเป็น บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในอนาคต (Castro et al., 2002)

โรคและความผิดปกติทางสมอง

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายต่อศีรษะ ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง หรือหมดสติไปเป็นระยะเวลาสั้น ก่อนที่จะรู้สึกตัวดีจะมีอาการสับสน งุนงง อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Webster, 2007; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527 อ้างใน น้ำจิต กุลอ่อน,

2552) ซึ่งสัมพันธ์กับที่ กราฟแมน และคณะ (Grafman et al., 1995) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มทหารผ่านศึกเวียดนาม 279 ราย ที่มีการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ เทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ ที่ไม่แตกต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังจากการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะการกระทบกระเทือนที่ก้านสมอง ตรงส่วน Limbic system มักทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Duncan, 1992; Johnson, 2004)

กลุ่มโรคลมชัก โดยเฉพาะการชักบริเวณ Frontal lobe และ Temporal lobe มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยไม่มีอาการเตือนนำมาก่อน (Saddock & Saddock, 2003) โดยเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด (น้ำจิต กุลอ่อน, 2552) และมักเป็นภายหลังอาการชัก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546; Volavka, 1995) เมื่อรู้สึกตัวผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ไม่ได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) แต่ความรุนแรงก็ไม่มากเท่ากับผู้ที่ก้าวร้าวโดยไม่ได้ป่วยเป็นลมชัก (Duncan, 1992)

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ต่อมไฮโปทาลามัส เช่น เนื้องอก จะมีอาการก้าวร้าวรุนแรงเป็นพักๆ แม้ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าเพียงเล็กน้อย เช่น ความหิว อ่อนเพลีย หรือขาดแสงสว่าง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

ในโรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน (Anderson et al., 2004; Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมบางรายอาจมีอาการสับสน หวาดกลัว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (Crowder, 2000) โรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ มักจะพบ อาการก้าวร้าวได้มากกว่ากลุ่มอื่น (Scott & Remick, 2006) และพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากโรคสมองเสื่อมนี้ ไม่จำเป็นว่าผู้นั้นต้องเคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีอาการทางจิตมาก่อนหรือไม่ (Anderson et al., 2004)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้และสติปัญญา

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้และสติปัญญา มักมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตนเอง ทำลายของ หรือการทำท่าซำๆ เดิม พฤติกรรมถดถอย รวมไปถึงพฤติกรรมก้าวร้าว และโดยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมหลายๆ แบบรวมกัน (Turnbull & Paterson, 1999) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการทางจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ รวมถึงพัฒนาการทางทักษะต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยยังมีพัฒนาการล่าช้ามาก จะยิ่งทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมาก (Anderson et al., 2004) ผู้ป่วยจำพวก การเรียนรู้บกพร่อง มักจะเป็นโรคทางจิตร่วมด้วย ในอัตราที่มากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า (Webster, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โบรัม และคณะ (Borum et al, 1996) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ และกลุ่มผู้ป่วยปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อย พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ส่วน ฮอดกินส์ (Hodgins, 1992) รายงานว่ากลุ่มผู้ป่วย

ที่มีความพิการด้านสติปัญญา เพศชายจะก้าวร้าวเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ในขณะที่เพศหญิงที่มีความพิการด้านสติปัญญา จะก้าวร้าวมากถึง 25 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทางจิตในกลุ่มอื่น

โรคสมาธิสั้นซึ่งผู้ป่วยจะมีลักษณะ ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาเกี่ยวกับอคติความ มักพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (Scott & Remich, 2006)

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านบุคคล เนื่องจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้น ประกอบไปด้วยหลายด้าน ทั้งจากปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วย เช่นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านบุคลากร ซึ่งสามารถเข้าไปจัดกระทำ ลดความเสี่ยงปัจจัยได้ เช่นการจัดสิ่งแวดล้อม หรือปรับอัตราบุคลากร และปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย คือปัจจัยส่วนบุคคล โดยที่ในแต่ละบุคคลจะมีปัจจัยที่แตกต่างกัน และบางบุคคลจะมีปัจจัยสาเหตุมากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้น การที่ผู้ให้ความดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับความเป็นมาของผู้ป่วยในแต่ละรายจะสามารถเฝ้าระวัง และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งชนิดแบบการสังเกตโดยการบันทึกเทปวิดีโอ แบบวัดมาตรฐาน รวมไปถึงแบบบันทึกทางการแพทย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยตรง และแบบประเมินด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่นิยมนำมาใช้ในโรงพยาบาล ได้แก่ แบบประเมิน SAFE แบบการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management (HCR-20) และ แบบประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบประเมิน SAFE

แบบประเมิน SAFE เป็นแบบประเมิน เป็นแบบเฝ้าระวังตามมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พัฒนาโดย ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลศรีธัญญา (2547) โดยมีเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicide = S) การเกิดอุบัติเหตุ (accident = A) พฤติกรรมก้าวร้าว (violent

behavior = F) และ พฤติกรรมหลบหนี) หลบหนี (escape = E) โดยในหัวข้อการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ดังนี้

- การพกพาอาวุธ/อุปกรณ์ที่อาจทำร้ายผู้อื่น
- ประวัติการใช้สารเสพติดหรือหยุดใช้ก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 5 วัน
- การทำร้ายผู้อื่น/ทำลายของภายใน 1 สัปดาห์
- การมีอาการที่มีแนวโน้มที่จะทำร้ายผู้อื่น(หูแว่ว หวกระแวง หลงผิด)
- การตรวจพบมีสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ คำพูด แสดงความก้าวร้าว
- ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาหงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (เสียงดัง

แอด)

เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ พฤติกรรมก้าวร้าว อย่างน้อยหนึ่งอย่าง จะจัดว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องให้การดูแลใกล้ชิด

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management (HCR-20)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง ที่นิยมใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งแบบประเมินนี้พัฒนาโดย ดักลาส และ โอกลอฟฟ์ (Douglas & Ogloff, 1997) และภาษาไทย พัฒนาโดย วลัธิ์ ธรรมโกสิทธิ์ และ ณัฐวุฒิ อรินทร์ (ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินชนิด รายการตรวจสอบ (Checklist) ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วยข้อที่ต้องประเมินจำนวน 20 ข้อโดยแบ่งเป็น 3 หมวด ดังนี้

Historical scales (H) เป็นภาคอดีต มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินประวัติพฤติกรรม เบี่ยงเบน ความเจ็บป่วยทางจิตเวช การปรับตัวทางสังคม ที่มาของข้อมูล ส่วนใหญ่ได้มาจากเอกสาร และการจดบันทึกของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อประเมิน 10 ข้อ ดังนี้

- H1 ประวัติความรุนแรงในอดีต (Previous Violence)
- H2 ช่วงวัยที่ก่อความรุนแรงครั้งแรก (Young Age at First Violent Incident)
- H3 การมีสัมพันธภาพที่ไม่มั่นคง (Relationship Instability)
- H4 ปัญหาด้านการทำงาน (Employment Problems)
- H5 ปัญหาจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Problems)
- H6 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต (Major Mental Illness)
- H7 ประวัติความบกพร่องทางจริยธรรม (Psychopathy)
- H8 การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในช่วงวัยเด็ก (Early Maladjustment)

H9 บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)

H10 ความล้มเหลวในการปฏิบัติตัวภายใต้การเฝ้าระวัง (Prior Supervision Failure)

Clinical scale (C) เป็นภาคปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการทางจิตและสภาพจิตในปัจจุบัน ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตทางคลินิก ประกอบด้วยข้อประเมิน 5 ข้อ ดังนี้

- C1 ขาดความตระหนักเกี่ยวกับความบกพร่องของตนเอง (Lack of Insight)
- C2 มีเจตคติด้านลบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Negative Attitudes)
- C3 มีอาการผิดปกติทางจิตชัดเจน (Active Symptoms of Major Mental Illness)
- C4 มีพฤติกรรมและอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsivity)
- C5 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Unresponsive to Treatment)

Risk management scale (R) เป็นภาคอนาคต มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวในอนาคต ประกอบด้วยข้อประเมิน 5 ข้อ ดังนี้

- R1 การวางแผนที่ขาดความเป็นไปได้ (Plans Lack Feasibility)
- R2 การเผชิญกับสิ่งที่เป็นความเสี่ยง (Exposure to Destabilizers)
- R3 ขาดบุคคลสนับสนุนในการดูแลรักษา (Lack of Personal Support)
- R4 ไม่ยินยอมและไม่มีความพยายามที่จะกลับมารักษาอย่างต่อเนื่อง (Noncompliance with remediation attempts)
- R5 การเผชิญและการจัดการกับความเครียด (Stress)

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่มีหรือยังไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยง 1 หมายถึง อาจจะมีปัจจัยความเสี่ยงอยู่บางส่วน 2 หมายถึง มีปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน คะแนนที่ได้ทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 40 คะแนน หากประเมินแล้วพบว่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน ผู้ป่วยรายนั้นถือว่ามีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในระดับสูง

วัลลี ธรรมโกสิทธิ์ (2550) ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management มาแปลเป็นภาษาไทย และนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาธนากรนครินทร์จำนวน 100 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยงตามวิธีของ Cohen's Kappa ผลการศึกษาพบว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ ยังมี

หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management ในการทำนายพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสามารถป้องกันได้ทันก่อนที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้น (Fujii et al., 2005)

สรุปได้ว่าแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management สามารถนำมาใช้ในการประเมินการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้ เนื่องจากในแต่ละหัวข้อประเมินเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งในด้านอาการทางจิต ด้านประวัติการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยง

แบบประเมิน Overt Aggression Scale (OAS)

แบบประเมิน Overt Aggression Scale เป็นแบบประเมินซึ่งใช้การสังเกตในการประเมินการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลถึงผลของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิด พัฒนาโดย Yudofsky et al., 1986) ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่วนที่สองแบ่งออกเป็นลักษณะของความก้าวร้าว 4 ชนิด คือ ก้าวร้าวทางวาจา (8 ข้อ) ก้าวร้าวทางร่างกาย (9 ข้อ) การทำร้ายตนเอง (11 ข้อ) และการทำร้ายผู้อื่น (7 ข้อ) แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับตามระดับคะแนน ให้ผู้บันทึกลงบันทึกเวลาที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใน 4 ชนิด ดังที่กล่าวมาข้างต้น และลงบันทึกการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น แบบประเมินนี้ผู้พัฒนาได้หาค่าความเที่ยง พบว่าได้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.75 สำหรับทุกหัวข้อประเมิน

ชางและลี (Chang & Lee, 2004) ได้นำ Overt Aggression Scale มาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในไต้หวัน พบว่าสามารถใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ โดยให้ผลไม่ต่างจากที่มีการนำไปใช้ในประเทศแถบตะวันตก

กชพงศ์ สารการ (2542) ได้นำ Overt Aggression Scale แปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.95 ใช้ในผู้ป่วยจิตเวช 149 ราย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าภายใน 30 วัน พบผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.6 และพฤติกรรมรุนแรงแบบที่แสดงออกมากที่สุดเป็นพฤติกรรมรุนแรงทางวาจา รองลงมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น พฤติกรรมรุนแรงต่อสิ่งของ พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง คิดเป็นร้อยละ 55.7 ร้อยละ 33.5 ร้อยละ 20.8 และร้อยละ 8.7 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าในส่วนหัวข้อประเมิน ของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk Management ทำการประเมินในหัวข้อที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล และนิยมนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนแบบประเมิน Overt Aggression

Scale ทำการประเมินในหัวข้อที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนแบบประเมิน Overt Aggression Scale ทำการประเมินในหัวข้อที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนข้อมูลของผู้ป่วย คือ เพศ อายุและการวินิจฉัย แล้วต่อด้วยการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งแบบประเมิน Overt Aggression Scale นิยมนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกผู้ป่วยใน

แบบประเมินด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ยังมีการใช้แบบประเมินอื่น เพื่อประเมินด้านอื่น ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นแบบประเมินอาการทางจิต และแบบประเมินการรับรู้ แบบประเมินที่นิยมและใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini Mental Status Exam: MMSE) และ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ดังนี้

แบบประเมินอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

แบบประเมินอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดย โอเวอร์วอลล์ และ โกแรม (Overall & Gorham, 1962) จากนั้นมีนำมาปรับใช้ในภาษาไทย โดยสถาบันสมเด็จพระยา (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) และในโรงพยาบาลอื่น ได้มีการนำแบบประเมินภาษาอังกฤษมาปรับใช้ในภาษาไทยเช่นกัน เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา (ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิต ซึ่งอาการทางจิตนับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เป็นการประเมินในหัวข้ออาการทางบวก และอาการทางลบ โดยการสัมภาษณ์ และให้คะแนนใน 7 ระดับช่วงคะแนน หากมีคะแนนมากแสดงว่ามีอาการทางจิตมาก มีหัวข้อการประเมิน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) และความรู้สึกระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness)
- กลุ่มที่ 2 ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) และอาการซึมเศร้า (depression)
- กลุ่มที่ 3 ด้านความคิดที่มารบกวน (thought disturbance) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) และเนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)
- กลุ่มที่ 4 ความตึงเครียด (tension) และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement)
- กลุ่มที่ 5 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect)

แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีการนำมาใช้แพร่หลายในประเทศไทย โดยเฉพาะสถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นต้น

แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mimi mental status Examination; MMSE)

แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ เป็นแบบทดสอบวัดการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ พัฒนาโดย โฟลสไตน์ โฟลสไตน์ และแมคฮิวจ์ (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2545) ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งอาการสมองเสื่อม ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งมีหลักการตรวจและให้คะแนนการทำงานของสมองใน 8 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้เวลา (Time orientation) 5 คะแนน
2. การรับรู้สถานที่ (Place orientation) 5 คะแนน
3. การรับข้อมูลใหม่ (Registration) 3 คะแนน บอกชื่อสามสิ่ง ให้จำไว้ และให้ทบทวนชื่อให้ฟังทันที
4. ความสนใจและการคำนวณ (Attention) 5 คะแนน นับถอยหลังเจ็ดเลข (serial sevens) หรือสะกดคำจากหลังไปหน้า
5. การระลึกข้อมูล (Recall) 3 คะแนน ให้ทบทวนว่าสามสิ่งที่บอกให้จำไว้ว่ามีอะไรบ้าง
6. ภาษา (Language) 2 คะแนน บอกชื่อดินสอ และนาฬิกา
7. การลอกเลียน (Repetition) 1 คะแนน ให้พูดซ้ำหนึ่งประโยค
8. การสั่งการของสมอง (Complex execution) 6 คะแนน ให้วาดรูปห้าเหลี่ยมสองรูปซ้อนกัน

การทดสอบนี้มีคะแนนเต็ม 30 คนปกติควรได้ 25 คะแนนขึ้นไป ถ้าได้คะแนนต่ำกว่านั้นแสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยการมีคะแนนน้อยหมายถึงมีภาวะสมองเสื่อมมาก ในประเทศไทยมีการนำแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (MMSE) มาใช้อย่างแพร่หลายในการคัดกรองผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เช่น สถาบันประสาท และโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นต้น ซึ่งสำหรับแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (MMSE) นี้ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2545) ได้ทำการศึกษา ในความละเอียดของเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ความละเอียดของเครื่องมือ มีความละเอียดดีมากที่สุด (ร้อยละ 69.2) ขณะที่ความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่าปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 55.8)

ในการวัดถึงภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กล่าวคือ ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมบางรายอาจมีอาการสับสน หวาดกลัว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (Crower, 2000) และพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากโรคสมองเสื่อมนี้ ไม่จำเป็นว่าผู้สูงอายุต้องเคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีอาการทางจิตมาก่อนหรือไม่ (Anderson et al., 2004) ดังนั้น หากประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมก็เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดย เคย์ โอเพลอร์ และ ฟิสเบิน (Kay, Opler, & Fiszbein, 1987) และภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2545) ให้คะแนนแต่ละหัวข้อใน 7 ระดับช่วงคะแนน โดยที่ 1 คะแนน เท่ากับไม่พบ และ 7 คะแนนเท่ากับพบมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึงมีอาการทางจิตมาก ทำการประเมินจากอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ในหัวข้อดังนี้

อาการทางบวก ประเมินในหัวข้อ อาการหลงผิด (Delusions) ความคิดกระจัดกระจาย (Conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) ไม่มีสมาธิ (Hyperactivity) ความคิดว่าตนเป็นคนใหญ่โต หรือมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น (Grandiose idea) มีความระแวงสงสัย (Suspiciousness/persecution) และไม่เป็นมิตร (Hostility)

อาการทางลบ ประเมินในหัวข้อ อารมณ์เฉย (blunted affect) แสดงอารมณ์น้อย (Emotional withdrawal) สัมพันธภาพบกพร่อง (Poor rapport) ไม่ยินดียินร้าย (Passive/apathetic) แยกจากสังคม (social withdrawal) พ้องในการคิดด้านนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) สนทนาอย่างไม่เป็นธรรมชาติหรือคำพูดพร่าพรู (Lack of spontaneity and flow of conversation) มีความคิดตายตัว (Stereotyped thinking)

อาการทางจิตทั่วไป ประเมินในหัวข้อ ความกังวลต่อการเจ็บป่วยทางกาย (Somatic concern) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกผิด (Guilt feelings) ความเครียด (Tension) ด้านลักษณะนิสัย (Mannerisms and posturing) อารมณ์เศร้า (Depression) เคลื่อนไหวช้า (Motor retardation) การไม่ให้ความร่วมมือ (Uncooperativeness) มีความคิดที่ผิดปกติ (Unusual thought content) ไม่รู้กาลเวลาสถานที่ (Disorientation) ไม่มีสมาธิ (Poor attention) พ้องในการตัดสินใจและการรับรู้ (Lack of judgment and insight) การพยายามควบคุมผู้อื่น (Disturbance of volition) การไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Poor impulse control) การอยู่ในโลกของตัวเอง (Preoccupation active) การหลีกเลี่ยงสังคม (Social avoidance)

ในประเทศไทย พบว่ามีงานวิจัยที่นำแบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) มาใช้ในการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของยาที่ให้กับผู้ป่วย เช่น การศึกษาของ เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา (2542) ที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา Olanzapine ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทไทย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนของแบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ลดลงภายหลังให้ยา ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับยา Olanzapine แล้วมีอาการทางจิตน้อยลง

แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ในช่วงภาวะหวาดระแวง ประสาทหลอนรุนแรง หรือหลงผิด (Gressi et al., 2001) ซึ่งอาการประสาทหลอนนำไปสู่การใช้ความรุนแรงที่ไม่มีเหตุผล (วัลลภ ธรรมโกสิทธิ์, 2550) การใช้แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) จึงเป็นอีกแบบประเมินหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

กล่าวโดยสรุปคือพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเป็นการแสดงออกความก้าวร้าวของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย ทางวาจา ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อสิ่งของโดยมีเป้าหมายให้เกิดความเสียหาย ซึ่งมีสาเหตุจาก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านบุคลากร และ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยที่เป็นผู้ก่อพฤติกรรมก้าวร้าวเอง ด้านผู้ป่วยอื่น รวมไปถึงด้านบุคลากรและด้านสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ

ดังนั้นการที่บุคลากรผู้ให้การดูแล ทราบถึงปัจจัยสาเหตุโดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล จะสามารถเฝ้าระวัง การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้อย่างเหมาะสม และลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นตามมา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้วิธีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช จากตำรา วารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ และวารสาร จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง หลักฐานอ้างอิงบางส่วนที่สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยต้นฉบับ ทั้งในและต่างประเทศได้อีก นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ในการค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีทั้งหมด 6 ฐานข้อมูล คือ Pub Med, Highwire press, OVID, CINAHL, กรมสุขภาพจิต และโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS) โดยได้ดำเนินการสืบค้นเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2553

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ “Aggression and Factors and Psychiatric patients” “Aggression and Risk factors and Psychiatric patients” “Personal factors and Violence and Psychiatric patients” “พฤติกรรมรุนแรง และ ผู้ป่วยจิตเวช” “ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช” “ปัจจัย และ ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช”

เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

- 1) ต้องเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2010
- 3) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full text ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนที่เข้าเกณฑ์	จำนวนหลังจากตัดงานที่ซ้ำกัน
Pubmed	- Aggression and Factor and Psychiatric patients	30	3	3
	- Aggression and Risk factors and Psychiatric patients	46	4(3)	1
	- Personal factor and Violence and Psychiatric patients	0	0	0
Highwire Press	- Aggression and Factor and Psychiatric patients	319	6 (2)	4
	- Aggression and Risk factors and Psychiatric patients	75	3 (1)	2
	- Personal factor and Violence and Psychiatric patients	36	2(2)	0

ตารางที่ 3.1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวนที่ เข้าเกณฑ์	จำนวนหลังจาก ตัดงานที่ซ้ำกัน
Ovid	- Aggression and Factor and Psychiatric patients	327	1 (1)	0
	- Aggression and Risk factors and Psychiatric patients	62	0	0
	- Personal factor and Violence and Psychiatric patients	168	3 (2)	1
CINAHL	- Aggression and Factor and Psychiatric patients	37	3 (2)	1
	- Aggression and Risk factors and Psychiatric patients	129	2 (2)	0
	- Personal factor and Violence and Psychiatric patients	29	0	0
กรม สุขภาพจิต	- พฤติกรรมรุนแรง และ ผู้ป่วยจิตเวช	3	0	0
	- ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช	5	0	0
	- ปัจจัย และ ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช	0	0	0
	- Aggression and Factor and Psychiatric patients	2	0	0
Thailis	- ปัจจัย และ ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช	7	0	0
	- พฤติกรรมรุนแรง และ ผู้ป่วยจิตเวช	0	0	0
	- ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช	35	0	0
	- Aggression and Factor and Psychiatric patients	10	0	0
รวม		1320	27 (15)	12

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็ม ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 12 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ดังนี้

การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)

นำงานวิจัยทั้งหมดมาทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์และพิจารณาความเป็นไปได้ของผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้ เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยมีการแบ่งระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง หรือ Meta-analysis ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยเชิงทดลองเดี่ยวที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้ความเห็นหรือฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

จากการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ C จำนวน 12 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงาน
1.	The relationships between command hallucinations and violence	McNiel, Eisner, & Binder (2000)	Level C
2.	Aggression in elderly schizophrenia patients: A comparison of nursing home and state hospital residents	Bowie, Moriarty, Harvey, Parrella, White, & Davis (2001)	Level C
3.	Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients	Soliman & Reza (2001)	Level C
4.	Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors	Krakowski & Czobor (2004)	Level C
5.	Aggression in drug-dependent in-patients	Rajesh & Day (2005)	Level C
6.	Gender, threat/control-override delusions and violence	Teasdale, Silver, & Monahan (2006)	Level C
7.	Characteristics of patients who are violent to staff and towards other people from a community mental health service in South East England	Rao, Luty & Trathen (2007)	Level C
8.	Screening for risk Factors associated with violence in pediatric patients presenting to a psychiatric emergency department	Giggie, Olvera, & Joshi (2007)	Level C
9.	Narcissism in patients admitted to psychiatric acute wards: its relation to violence, suicidality and other psychopathology	Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset, & Dahl (2008)	Level C

ตารางที่ 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงาน
10.	Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study	Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, Esposito, & Berardi (2008)	Level C
11.	Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious behavior	Swogger, Conner, Meldrum, & Caine (2009)	Level C
12.	Integrating DSM-IV factors to predict violence in high-risk Psychiatric Patients	Lynch & Noel (2010)	Level C

การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

ในส่วนการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการพิจารณากันกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของงานศึกษาวิจัย (Purpose)
- แบบการวิจัย (Research design)
- กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Instruments and data collection)
- ปัจจัยหรือตัวทำนายที่ศึกษา (Factors or predictors)
- ผลการศึกษาวิจัย (Finding or result)

ผลของการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จะนำเสนอในผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสามารถสรุปผลการศึกษาได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. องค์ประกอบของงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย
 - 2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2 สถานที่ที่ทำการศึกษา
 - 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
 - 2.4 ผู้ประเมิน
 - 2.5 ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.6 ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 12 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศจำนวน 12 เรื่อง และไม่พบการศึกษาในประเทศไทย เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า ศึกษาวิจัยในต่างประเทศดังกล่าว มีระดับคุณภาพของงานวิจัยอยู่ในระดับ C จำนวน 12 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย

องค์ประกอบงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 12 เรื่อง เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า องค์ประกอบของงานวิจัย ประกอบด้วย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ผู้ประเมิน ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ และ การวินิจฉัยโรค ดังนี้

เพศ งานวิจัยทั้ง 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

กลุ่มอายุ พบว่ามิงานวิจัย ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) กลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 10 เรื่อง (Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, Esposito et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset, & Dahl, 2008; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie, Moriarty, Harvey, Parrella, White, & Davis, 2001)

การวินิจฉัยโรค จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตโรคเดียว และ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตหลายโรคร่วมกัน

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตโรคเดียว พบว่ามิงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตโรคเดียวจำนวน 2 เรื่อง (Bowie et al., 2001; Rajesh & Day, 2005) คือในผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) และในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจากการใช้สารเสพติด 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005)

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตหลายโรคร่วมกัน พบว่ามิงานวิจัยที่ศึกษา ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต หลายโรคร่วมกัน เช่น กลุ่มโรคอาการทางจิตเวช (โรคจิตเภท) กลุ่มโรคทางอารมณ์ (โรคอารมณ์สองขั้ว, โรคซึมเศร้า) กลุ่มโรคบุคลิกภาพ โรคสารเสพติด เป็นต้น จำนวน 10 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004;

Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006)

2. สถานที่ที่ทำการศึกษา

จากงานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD case) จำนวน 1 เรื่อง หน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 7 เรื่อง แผนกฉุกเฉิน จำนวน 2 เรื่อง เป็นผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 2 เรื่อง และ เป็นผู้ป่วยที่รับบริการในสถานบำบัดเฉพาะทาง จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007)

หน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) ได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008)

แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Swogger et al., 2009)

ผู้ป่วยในชุมชน (community case) ผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพในชุมชน จำนวน 2 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006)

สถานบำบัดเฉพาะทาง ผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานบำบัดเฉพาะทาง ประกอบด้วย สถานบำบัดสารเสพติด/แอลกอฮอล์ 2 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007) และจากบ้านพักคนชรา 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่ามี เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 6 เรื่อง และ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินด้านด้านอาการทางคลินิก ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และ ด้านพฤติกรรม จำนวน 11 เรื่อง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

แบบประเมิน Modified Overt Aggression Scale เป็นแบบบันทึกความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้การสังเกต มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004)

แบบประเมิน The violence Event เป็นแบบบันทึกอุบัติการณ์ของพฤติกรรมก้าวร้าว 2 หัวข้อ คือ การคุกคามผู้อื่น (Assault) การทำอันตรายต่อตนเอง (Self-harm) และบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010)

แบบประเมิน MacArthur Community Violence Instrument เป็นแบบประเมินโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชน มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000)

แบบประเมิน Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ เพื่อบันทึกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจากการสังเกต และจากข้อมูลในแฟ้มประวัติ และระบุพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Svindseth et al., 2008)

แบบประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001)

แบบประเมิน Staff Observation Aggression Scale (SOAS) เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และ ทางวาจา ต่อบุคคล และต่อสิ่งของพัฒนาโดย พาล์มสเตียร์นา และ วิสเทด (Palmstierna & Wistedt, 1987) มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินด้านอาการทางคลินิก ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านพฤติกรรม

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบประเมินอาการทางจิต ในหัวข้ออาการทางบวก และอาการทางลบ มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004)

แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินจากอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

แบบประเมิน Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease Neuropsychological Battery (CERAD Cognitive Battery) เป็นแบบประเมินด้านการรู้คิดและความจำ เนื่องจากอาการของความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำจะมีส่วนที่คล้ายกับอาการทางจิต มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ซึ่งในงานวิจัยนี้ทำในผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องใช้เพื่อคัดกรองว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติทางด้านการรู้คิด และความจำหรือไม่

แบบประเมิน Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

แบบประเมิน Diagnostic Interview Schedule (DIS) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับภาวะหลงผิด มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Teasdale, Silver, & Monahan, 2006)

แบบประเมิน The Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับอาการทางจิตทางบวก ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000)

แบบประเมิน Psychopathy Checklist : screening Version (PCL: SV) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับลักษณะของอาการทางจิต โดยข้อคำถามประกอบด้วย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (Parasitic lifestyle) และพฤติกรรมแยกจากสังคม (Antisocial) มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้จำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009)

แบบประเมิน Narcissistic Personality Inventory-21 item version (NPI-21) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดในผู้ป่วยจิตเวชวัดบุคลิกภาพด้านการหลงตัวเองของผู้ป่วย มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Svindsseth et al., 2008)

แบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยประเมินความมีคุณค่าในตนเอง มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Svindsseth et al., 2008)

แบบประเมิน Social Adaptive Functioning Evaluation (SAFE) เป็นแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสังคมระหว่างบุคคล (Social-Interpersonal) การใช้ทักษะต่างๆ (Instrumental) และ การขาดการควบคุมการถูกกระตุ้น (Impulse-Control deficits) มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

แบบประเมิน Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) เป็นแบบประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมในหอผู้ป่วย จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก คือ ความสามารถทางสังคม (Social competence) การมีสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social interest) ความมีระเบียบเรียบร้อย (Personal neatness) การถูกกระตุ้นได้ง่าย (Irritability) อาการแสดงทางจิต (Manifest Psychosis) และพฤติกรรมดกคอย (Retardation) มีงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินนี้ จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004)

4. ผู้ประเมิน

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินตามแบบประเมิน ของแต่ละการศึกษา ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) พยาบาล จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; Soliman & Reza, 2001) และ ผู้ที่ได้รับการอบรมในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004; Swogger et al., 2009)

5. ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ชนิด คือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น/สิ่งอื่น จำนวน 11 เรื่อง และ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

5.1 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น/สิ่งอื่น

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น/สิ่งอื่น ยังแบ่งเป็น พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรม ก้าวร้าวทางกาย จำนวน 11 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008)

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000)

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Soliman & Reza, 2001)

5.2 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009)

6. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง ได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

6.1 เพศ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 เรื่อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศ จำนวน 6 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศ จำนวน 5 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) และเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศชาย จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005)

ในการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศ เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ มีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศ

หญิง จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศชาย จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) แต่เฉพาะในช่วงแรกๆ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และลดลงอย่างรวดเร็วและลดลงมากกว่าเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงท้ายของการรักษา การศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009) ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มากกว่าเพศชาย จำนวน 2 เรื่อง

6.2 อายุ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง (Amore et al., 2008; McNiel, Eisner, Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005) ผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่าอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่างๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; McNiel, Eisner, & Binder, 2000) ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) พบว่าอายุน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000) และมีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009) ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

6.3 การวินิจฉัยโรค มีการศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 6 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008) พบผลการศึกษาโดยเรียงลำดับจำนวนงานวิจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อย ดังนี้

โรคจิตเภท มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008) และพบว่าโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001)

โรคบุคลิกภาพแปรปรวน มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคบุคลิกภาพแปรปรวน จำนวน 4 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่าโรคบุคลิกภาพแปรปรวน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao,

Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) พบว่า โรคบุคลิกภาพแปรปรวน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008)

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 3 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า โรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) และไม่พบว่าโรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001)

โรคซึมเศร้า มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ไม่พบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001)

โรคทางสมอง มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางสมอง จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010) ผลการศึกษาพบว่าโรคทางสมองหรือการกระทบกระเทือนทางสมองหรือศีรษะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง

โรคสมาธิสั้น มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ผลการศึกษาพบว่าโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน จำนวน 1 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010) ผลการศึกษาพบว่า โรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่ได้ทำการรักษาต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่โรคอารมณ์แปรปรวนร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด/การถูกบังคับรักษา/การเคยทำอันตรายต่อตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตอารมณ์ จำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า โรคจิตอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคทางจิตหลายชนิด มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตหลายชนิด จำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า การป่วยด้วยโรคทางจิตหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

6.4 อาการทางคลินิก มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 9 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่าอาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009) พบว่าอาการทางคลินิกไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001)

เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่างๆ มีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 3 เรื่อง (Bowie et al., 2001; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 3 เรื่อง และมีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 2 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 2 เรื่อง

ในส่วนของอาการทางคลินิก สามารถแยกออกตามลักษณะอาการ ได้แก่ อาการทางจิต อาการทางด้านอารมณ์ และอาการทางด้านพฤติกรรม

อาการทางจิต

อาการทางจิตหมายถึง ความผิดปกติในทุกด้านของบุคลิกภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย จากการตรวจ และการสังเกตของผู้วินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) สามารถแบ่งอาการทางจิต ออกได้เป็น อาการทางบวกและอาการทางลบ

อาการทางบวก หมายถึง อาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่ ประสาทหลอน อาการหลงผิด ความคิดผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมผิดปกติ มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางบวก จำนวน 2 เรื่อง (Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่าอาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางกายและทางวาจาจำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) และพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม จำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000) ผลการศึกษาพบว่าอาการประสาทหลอนทางหู ชนิดสั่งให้ทำตาม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติทั่วไป ได้แก่ สิ้นน้ำอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ไม่พูด ไม่มีอาการยินดียินร้าย มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางลบ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มาจากโรงพยาบาลเท่านั้น

อาการทางด้านอารมณ์

ในการศึกษาอาการทางด้านอารมณ์ มีการศึกษาเกี่ยวกับ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่าอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) พบว่าอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007)

อาการทางด้านพฤติกรรม

ในการศึกษาอาการทางด้านพฤติกรรม พบว่ามีการศึกษาใน พฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษา และ พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพ

พฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษา การศึกษาพฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 2 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การไม่ร่วมมือกับแผนการรักษา เช่น การไม่ร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ การปฏิเสธการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) และพบว่าการไม่ร่วมมือกับแผนการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007)

พฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพ ในการศึกษาพฤติกรรมทางด้านบุคลิกภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมแยกจากสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมแยกจากสังคม จำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมแยกจากสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคม จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคมที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

บุคลิกภาพแบบประแวง ไม่เป็นมิตร มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตรมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่า ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดีไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (Parasitic lifestyle) จำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย มีการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001) และในการศึกษาเดียวกันนี้ พบว่าบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) และบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

ภาวะหลงตัวเอง มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหลงตัวเอง จำนวน 1 เรื่อง (Svindseth et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะหลงตัวเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการมีภาวะหลงตัวเองสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น แต่การมีภาวะหลงตัวเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

6.5 การใช้สารเสพติด มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008) พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008) การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008)

เมื่อทำการศึกษาในสารเสพติดประเภทต่าง ๆ พบผลการศึกษาโดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

การใช้แอลกอฮอล์ มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007) และการใช้แอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007 ; Soliman & Reza, 2001)

การใช้ฝิ่น มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ฝิ่น จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ฝิ่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty & Trathen, 2007) และการใช้ฝิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007)

การใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอากรทางจิตเวช มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอากรทางจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอากรทางจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 เรื่อง

การใช้กัญชา มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้กัญชา มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้แอมเฟตามีน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้โคเคน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โคเคน จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้โคเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้เมธาโดน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เมธาโดน จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้เมธาโดน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้ยาเสพติดหลายชนิด มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดหลายชนิด จำนวน 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติดหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้น มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้น จำนวน 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005) ผลการศึกษาพบว่า การมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

6.6 ประวัติในอดีต มีการศึกษาเกี่ยวกับประวัติในอดีตของผู้ป่วย ในประเภทต่าง ๆ คือ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว การมีประวัติเกรที่โรงเรียน การมีประวัติทางคดีความ การมีประวัติการใช้สารเสพติด การมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต และ การมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกระงับการกระทำรุนแรง ดังนี้

การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) พบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008)

มีการศึกษาเกี่ยวกับ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ในประเภทต่างๆ แบ่งออกเป็น ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ดังนี้

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 2 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathe, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่อง

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathe, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้ง 3 เรื่อง

การมีประวัติเกรที่โรงเรียน มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติเกรที่โรงเรียน จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติเกรที่โรงเรียน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้ง 2 เรื่อง

การมีประวัติทางคดีความ มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติทางคดีความ จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติทางคดีความ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) พบว่าการมีประวัติทางคดีความ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก

การมีประวัติการใช้สารเสพติด มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติเคยรับการักษาโรคทางจิต จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติเคยรับการักษาโรคทางจิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุด คือ อายุน้อย การวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะโรคจิตเภท อาการทางคลินิก โดยเฉพาะอาการทางจิต ประวัติในอดีตโดยเฉพาะประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการใช้แอลกอฮอล์ และเพศชาย ตามลำดับ



บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในบทนี้แบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 2 ส่วน คือ คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ดังต่อไปนี้

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมด 12 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า ศึกษานี้ในต่างประเทศดังกล่าว มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ C ทั้งหมด ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช งานวิจัยทุกเรื่องได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีการเก็บไว้ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Research Database) เมื่อมีการสังเคราะห์ถึงวิธีดำเนินการ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย พบว่างานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างพอเพียง มีวิธีดำเนินการและการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ นับได้ว่างานวิจัยทั้งหมดเป็นงานที่มีคุณภาพ และมีความเพียงพอในการนำมาสังเคราะห์

อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่นำมาศึกษา 12 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด และไม่พบการศึกษาที่ทำในประเทศไทย สาเหตุที่ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย อาจจะเป็นเพราะว่า ส่วนใหญ่จะเป็นเพียงการเก็บสถิติรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งไม่ได้มีการศึกษาเป็นงานวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ ในส่วนที่มีการตีพิมพ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่แปลจากภาษาต่างประเทศมาเป็นภาษาไทย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ วัลลัทธิธรรมโกสิทธิ์ (2550) ซึ่งได้นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Historical, Clinical, and Risk

Management (HCR-20) มาแปลเป็นภาษาไทย และนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถานกัลยาณิราชนครินทร์ เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

1. เพศ

งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้ง 12 เรื่องพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิงจำนวน 4 เรื่อง และเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศชายจำนวน 1 เรื่อง เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ มีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศหญิง จำนวน 1 เรื่อง พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศชาย จำนวน 1 เรื่อง แต่พบว่ามีเฉพาะในช่วงแรกๆ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และพฤติกรรมก้าวร้าวในเพศหญิงจะลดลงอย่างรวดเร็วและลดลงมากกว่าเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกันในช่วงท้ายของการรักษา และการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองมากกว่าเพศชาย จำนวน 2 เรื่อง

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งเพศชายและหญิง ไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยด้านเพศในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช (Tardiff et al., 1997) ซึ่งการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ ผู้ชายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศชาย คือ เทสโทสเตอโรน ซึ่งทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น (จามจุรี อุดมสา, 2548; Otto, 2000) นอกจากนี้ในเพศหญิงมีอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศเช่นกัน คือ เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น โดยในผู้หญิงจะมีระดับเอสโตรเจนต่ำลง ในช่วงที่มีประจำเดือน (Mendes et al., 2009) ส่วนในวัยหมดประจำเดือนจะมีระดับเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนต่ำลงกว่าปกติ (Videbeck, 2001) และส่วนในเพศหญิงที่ว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศชายในช่วงแรก และมีการลดลงอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงนั้นมีการปรับตัวและมีการตอบสนองต่อการรักษาดีกว่าเพศชาย

สำหรับพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศหญิง ในเพศหญิงพบว่ามักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (Chou et al, 2002) หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ (Krakowski & Czobor, 2004) ซึ่งเป็นพฤติกรรมรุนแรงในรูปแบบที่ไม่ร้ายแรง หรือก่อความเสียหายมากเท่าเพศชาย อาจจะเห็นว่าเพศหญิงมีการเรียนรู้การแก้ไขปัญหา และมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างจากเพศชาย คือเพศหญิงมักแก้ไขปัญหาด้วยการประนีประนอมแทนที่จะใช้ความรุนแรง (Bjorkqvist, 1994)

สรุปได้ว่า ในปัจจัยด้านเพศนั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ดังนั้น ในการการนำปัจจัยด้านเพศไปใช้เพื่อเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องเฝ้าระวังทั้งสองเพศเท่าๆ กัน

2. อายุ

งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้ง 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้ง 3 เรื่อง และเมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายจำนวน 1 เรื่อง พบว่าอายุน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง และมีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สเวนสันและคณะ (Swenson et al., 1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่ มักอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่น้อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ดังนั้นเมื่อเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุร่วมด้วย

3. การวินิจฉัยโรค

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

โรคจิตเภท

มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 5 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่องและพบว่าโรคจิตเภทไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง จากผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภท เมื่ออยู่ในภาวะหวาดระแวง ประสาทหลอนรุนแรง หรือ หลงผิด คิดว่าตนเองเป็นคนใหญ่โต หรือมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น (Grandiose ideas) อาการประสาท หลอน หวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ความรุนแรงที่ไม่มีเหตุผลได้ง่าย (วัลลั ธรรม โกสิทธิ์, 2550; Gressi, 2001) ส่วนในงานวิจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ จัดทำให้กลุ่มผู้ป่วย 474 ราย ที่มีความหลากหลายในด้านโรค มีเพียง 110 รายที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 23.2 จาก จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการซึมเศร้า จึงอาจเป็น สาเหตุให้ในงานวิจัยนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

โรคบุคลิกภาพแปรปรวน

มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคบุคลิกภาพแปรปรวน จำนวน 4 เรื่อง ผล การศึกษาพบว่าโรคบุคลิกภาพแปรปรวน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง และพบว่า โรคบุคลิกภาพแปรปรวน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง สังเกตได้ว่า ในการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า โรคบุคลิกภาพ แปรปรวน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรค บุคลิกภาพแปรปรวน เป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Hanson et al., 1996) ในส่วนการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อาจเป็นเพราะในส่วนของ โรคนี้ ประกอบไปด้วยความเจ็บป่วยย่อยหลายชนิด ทั้งชนิดหวาดระแวง ชนิดแยกตัวจากสังคม ชนิดด้านสังคม ชนิดเรียกร้องความสนใจ หรือชนิดหลงตัวเอง เช่น หากผู้ป่วยมีอาการประเภ ทหวาดระแวง ก็อาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะแยกตัวเป็นต้น ดังนั้นใน การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้ปัจจัยด้านการป่วยด้วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน จำเป็นต้อง คำนึง ถึงอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

โรคทางอารมณ์

โรคทางอารมณ์เป็นความเจ็บป่วยทางจิต ที่มีความผิดปกติของอารมณ์ เป็นอาการเด่น (มานิซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ในงานวิจัยทั้ง 12 เรื่อง มี การศึกษาถึงโรคทางอารมณ์ ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า โรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่ได้ทำการรักษาต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว แต่โรคอารมณ์แปรปรวนร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด/การถูกบังคับ

รักษา/การเคยทำอันตรายต่อตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษานี้สังเกตได้ว่าการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย คือ ด้านการรักษา และสารเสพติด ดังนั้นการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นเป็นส่วนประกอบด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า โรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 เรื่อง และไม่พบว่าโรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 2 เรื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วบกพร่องชนิดโรคอารมณ์สองขั้ว อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยเฉพาะในระยะเฟื่องฟู (mania) (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2541; Anderson et al, 2004; Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) ในช่วงระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีลักษณะคลั่ง พุดมาก พุดเร็ว ความคิดเปลี่ยนเร็ว ไม่นอน ไม่ร่วมมือในการรักษา หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และพบว่ามักเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มากกว่าที่จะเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

การศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 เรื่อง และไม่พบว่าโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งในผู้ป่วยซึมเศร้า มักมีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 เรื่อง และพบว่าอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น แต่จะเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกรำคาญ หึงหวง ไปจนถึงคิดอยากทำร้ายตนเองโดยให้เสียชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า โรคจิตอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ในส่วนปัจจัยด้านโรคทางอารมณ์ พบผลการศึกษาว่ามีและไม่มี ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการนำปัจจัยด้านโรคทางอารมณ์ไปใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ในส่วนของ การมีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์

โรคบกพร่องทางการรู้คิด ความจำ (Cognitive Impairment)

ส่วนใหญ่ปัญหาด้านการรู้คิด จดจำมักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง ทั้งจากอุบัติเหตุ หรือเป็นผลจากโรคอื่น มีการศึกษาถึง โรคบกพร่องทางการรู้คิดความจำ ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับโรคทางสมอง จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า โรคทางสมองหรือการกระทบกระเทือนทางสมองหรือศีรษะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งตรงข้ามกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายต่อศีรษะ ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง หรือหมดสติไปเป็นระยะเวลาสั้น ก่อนที่จะรู้สึกตัวดีจะมีอาการสับสน งุนงง อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Webster, 2007) และตรงข้ามกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางสมอง จำพวกโรคสมองเสื่อม จะสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Anderson et al., 2004; Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) อาจเป็นเพราะในการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์มีการนำเอาตัวแปรอื่นมาร่วมวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า โรคสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีลักษณะ ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Scott & Resnick, 2006)

สำหรับงานวิจัยที่เลือกมาศึกษา 12 เรื่องนั้น มี 1 เรื่องที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งในเนื้อหาการศึกษา มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำหรือไม่ เนื่องจากอาการของความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำจะมีส่วนที่คล้ายกับอาการทางจิต เช่น ความเสื่อมในด้านการดูแลตนเอง ซึ่งคล้ายกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นหากจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในปัจจัย โรคบกพร่องทางการรู้คิด ความจำ จำเป็นต้องจำแนกจากโรคทางจิตด้วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคทางจิตหลายชนิดจำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าการป่วยด้วยโรคหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สังเกตได้ว่า การป่วยด้วยโรคทางจิตหลายชนิด ส่งผลให้แสดงอาการตามโรคที่มีความเจ็บป่วย ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ควรประเมินตามลักษณะอาการที่ปรากฏ

โดยสรุปพบว่าการศึกษาในปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่พบว่าสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนั้นการพิจารณาในส่วนของปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในส่วนของการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในบางการวินิจฉัยโรค เช่น โรคจิตอารมณ์ และโรคทางสมอง ที่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. กลุ่มอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรม และ ด้านบุคลิกภาพ

กลุ่มอาการผิดปกติทางจิต

อาการทางจิตหมายถึง ความผิดปกติในทุกด้านของบุคลิกภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย จากการตรวจ และการสังเกตของผู้วินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) อาการทางจิต แบ่งออกได้เป็น อาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวก หมายถึง อาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่ ประสาทหลอน อาการหลงผิด ความคิดผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมผิดปกติ ส่วนอาการทางลบหมายถึง อาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติทั่วไป ได้แก่ สีน้ำอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ไม่พูด ไม่มีอาการยินดียินร้าย งานวิจัยทั้ง 12 เรื่องที่นำมาศึกษา มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วย ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับอาการทางบวก จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางกายและทางวาจา จำนวน 1 เรื่อง และพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 1 เรื่อง มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม จำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, Binder, 2000) ผลการศึกษาพบว่าอาการประสาทหลอนทางหู ชนิดสั่งให้ทำตาม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในส่วนของอาการทางบวกนี้ มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช (McNiel & Binder, 1994) และพบว่าส่วนใหญ่ในผู้ที่มีอาการทางบวกมักมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ในช่วงภาวะหวาดระแวง (วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, 2550) ประสาทหลอนรุนแรง หรือหลงผิด (Gressi, 2001) ซึ่งอาการดังกล่าว พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท

มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางลบ จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งในการศึกษานี้ทำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน มักมีอาการถดถอย และแสดงอาการทางลบเป็นส่วนใหญ่ แต่การที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ยังมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหลายด้าน ทั้งในด้าน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และ ปัจจัยด้านบุคลากร อีกด้วย

ด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ

การศึกษาพฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง

มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การไม่ร่วมมือกับแผนการรักษา เช่น การไม่ร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ

การปฏิเสธการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง และพบว่า การไม่ร่วมมือกับแผนการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในด้านการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา ไม่ให้ความสำคัญหรือไม่สนใจในกิจกรรมมักเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านลบ และโรคบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดต่อต้านสังคม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดต่อต้านสังคมเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อย (Bartels, 1991; Duncan, 1992)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ที่มีปัญหาทางด้านการดูแลตนเอง มักพบในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อย (Bartels, 1991)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมแยกจากสังคม จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมแยกจากสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยศึกษานี้ทำในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่า ผู้ที่มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองโดยส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะมีความรู้สึกหดหู่ท้อแท้ มีอาการเศร้าซึม แยกตัวจากสังคม เบื่อหน่าย ไปจนถึงคิดอยากทำร้ายตนเองโดยให้เสียชีวิต (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Rickelman, 2003)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคม จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคมที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในการศึกษานี้ทำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน มักมีอาการถดถอย บกพร่องในด้านการเข้าสังคม และการที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ ฟอนเทน และคณะ (Fontaine et al., 2003) ที่พบว่าการมีพฤติกรรมแยกจากสังคม หรือ การถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนตั้งแต่ในวัยเรียน เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในอนาคต

การศึกษาเกี่ยวกับการมีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม

ก้าวร้าว ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาที่พบว่า การมีบุคลิกภาพแบบไม่เป็นมิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และยังสามารถพัฒนาไปเป็น บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในอนาคต (Castro et al., 2002)

จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรม และด้านบุคลิกภาพ พบว่ามีเพียงอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรม และ ด้านบุคลิกภาพบางชนิด ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งชนิดที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยส่วนใหญ่เป็นชนิดที่มีความสัมพันธ์กับการมีอาการทางบวก เช่น บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรม และ ด้านบุคลิกภาพ สามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยจำเป็นต้องประเมินอาการผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย

5. การใช้สารเสพติด

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 7 เรื่อง พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง และพบว่าการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Hamrin, Iennaco & Olsen, 2009) โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น เพราะการใช้สารเสพติดมักทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดความสามารถในการคิด มีการสื่อสารที่ผิดพลาด และขาดเหตุผล (วัลลภ ธรรมโกสิทธิ์, 2550)

ในงานวิจัยที่นำมาศึกษานั้น มีการศึกษาในสารเสพติดประเภทต่างๆ ดังนี้คือ มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 4 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่องและการใช้แอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า สารเสพติดชนิดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และมีระดับความก้าวร้าวมากกว่ากลุ่มอื่น (Dumais et al., 2005)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น (ฝิ่น เมธาโดน มอร์ฟิน เฮโรอีน) มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ฝิ่น จำนวน 2 เรื่อง การใช้เมธาโดน จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้ฝิ่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง การใช้เมธาโดนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง และการใช้ฝิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งจากการ

ทบทวนวรรณกรรมนั้น การเสพติดกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น จะออกฤทธิ์ในลักษณะทำให้เคลิบเคลิ้ม ลดความเจ็บปวด แต่ในระยะอนา ผู้ที่ติดสารเสพติดจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาได้ (Hoaken & Stewart, 2003)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้กัญชา มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมว่าผู้ที่ใช้กัญชามักมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (Hoaken & Stewart, 2003)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมว่าผู้ที่เสพจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว และความคิดแบบหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้โคเคน จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้โคเคนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมว่าผู้ที่ใช้โคเคนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Tardiff et al., 1997) และจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้น ตามปริมาณที่ใช้ (Licata, Taylor, Berman, & Cranston, 1993) และผู้ที่ใช้โคเคน จะมีลักษณะอาการหวาดระแวง หรือรู้สึกว่าเป็นคนใหญ่โต หรือมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น คล้ายกับอาการของโรคจิตเภท (Scott & Resnick, 2006)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดร่วมกับการมีอาการทางจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอาการทางจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 เรื่อง ซึ่งตรงข้ามกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท มีการเสพยาเสพติดร่วมด้วยจะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายขึ้น (Steinert et al., 1999) อาจเป็นเพราะในผู้ป่วยที่นำมาทำการศึกษาเน้นไปในการศึกษาผู้ป่วยยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ และมีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตรวมกันหลายประเภท ซึ่งแสดงอาการแตกต่างกันออกไป

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดหลายชนิด จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติดหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งการใช้ยาเสพติดหลายชนิด จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามการออกฤทธิ์ของสารเสพติดแต่ละชนิด เช่นถ้าใช้โคเคนจะมีความคิดว่าจะมีลักษณะอาการหวาดระแวง หรือรู้สึกว่าเป็นคนใหญ่โต หรือมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น (Scott & Remich, 2006) หรือกลุ่มแอมเฟตามีน จะมีอาการประสาทหลอน (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543) เป็นต้น และมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้น จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งกลุ่มที่

พบนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อาจเป็นไปได้ว่าผลลัพธ์ที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นผลของการมีอายุน้อย มากกว่าเป็นผลจากระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเวนสันและคณะ (Swenson et al., 1990) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่มักอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่น้อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

จากการศึกษาในผู้ที่ใช้ยาเสพติด สรุปได้ว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นใน การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดจะต้องการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างใกล้ชิด

6. ประวัติในอดีต

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประวัติในอดีต แยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีต

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 5 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง และพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง และมีการศึกษาเกี่ยวกับ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ในประเภทต่างๆ แบ่งออกเป็น การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่อง การศึกษาเกี่ยวกับ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al, 2004) ที่พบว่าผู้ที่เคยมีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีกในอนาคต

ประวัติทางคดีความ

ในงานวิจัยที่นำมาศึกษา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติทางคดีความ จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติทางคดีความ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง พบว่า การมีประวัติทางคดีความ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวว่า ผู้ที่มีประวัติคดี (Convict et al., 1998) การพบกป็น (Kaplan & Geling, 1998) และการมีส่วน

เกี่ยวข้องกับกลุ่มอันธพาล (Mary, 2006) มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในเรื่องที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก การทบทวนวรรณกรรมถึงพฤติกรรมเกรี้ยวในเด็ก พบว่า เด็กที่แสดงพฤติกรรมเกรี้ยวส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมเกรี้ยวในเด็กจะพัฒนาไปสู่โรคบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดต่อต้านสังคมหรืออันธพาล (Antisocial personality disorder) โดยพฤติกรรมเกรี้ยวที่พบมากที่สุดคือการหนีโรงเรียน (วรุณา กลกิจโกวิท และ พิศาสน์ เตชะเกษม, 2545) และมีการศึกษาพบว่า ซึ่งในงานวิจัยที่นำมาศึกษา 12 เรื่อง มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติเกรี้ยวที่โรงเรียน จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติเกรี้ยวที่โรงเรียน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้ง 2 เรื่อง

ประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว

มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัวหรือถูกกระทำรุนแรง จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัวหรือถูกกระทำรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวว่า พ่อแม่มีลักษณะก้าวร้าว ลูกจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน (Johnson, 2004) ซึ่งตรงกับทฤษฎีการเรียนรู้สังคม (Bandura, 1973) ที่กล่าวว่า เด็กจะเรียนรู้รูปแบบทางสังคมและพฤติกรรมจากการสังเกตในสิ่งที่เขาเห็น (Cairns & Daws, 1996) การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัวหรือถูกกระทำรุนแรงกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวยังแสดงออกมาไม่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า การมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว จะส่งผลให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยผู้ใหญ่ได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ สโตรส และ สมิธ (Straus & Smith, 1990) ที่ทำการศึกษาในชาวอเมริกัน 8,145 ครอบครัว ถึงการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในครอบครัว พบว่า เมื่อเด็กถูกพ่อแม่ ทำร้ายร่างกาย จะส่งให้เด็กผู้นั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการถูกพ่อแม่ทำร้ายร่างกาย จนเข้าสู่วัยรุ่น ดังนั้นในการทำการศึกษถึงพฤติกรรมรุนแรงที่เกี่ยวกับการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัวหรือถูกกระทำรุนแรงจึงควรมีการติดตามผลในกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่

ประวัติการใช้สารเสพติด

การศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ว่า การใช้สารเสพติดต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) เพราะการใช้สารเสพติดมักทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดความสามารถในการคิด มีการสื่อสารที่ผิดพลาด และขาดเหตุผล (วัลลัทธิธรรมโกสิทธิ์, 2550)

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภท มักมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ในช่วงภาวะหวาดระแวง ประสาทหลอนรุนแรง หรือหลงผิด (Gressi et al., 2001) นำไปสู่การใช้ความรุนแรงที่ไม่มีเหตุผล โดยเฉพาะในผู้ป่วยชนิดหวาดระแวง (วัลลิ์ ธรรมโกสิทธิ์, 2550) และผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

สรุปได้ว่าประวัติในอดีตโดยส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้น ประวัติในอดีต เช่น ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว การมีประวัติทางคดีความ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต เป็นต้น จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ควรคำนึงถึงอยู่เสมอ ในการนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาจำนวน 12 เรื่อง เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ 10 เรื่อง กลุ่มเด็ก 1 เรื่อง และกลุ่มผู้สูงอายุ 1 เรื่อง เมื่อนำมาสังเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่นิยมนำมาใช้ในการทำนายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

เพศ งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้ง 12 เรื่อง ส่วนใหญ่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง มีเพียง 1 เรื่องที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศชาย เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศหญิงจำนวน 1 เรื่อง และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศชายจำนวน 1 เรื่อง แต่พบเฉพาะในช่วงแรกๆ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และลดลงอย่างรวดเร็วและลดลงมากกว่าเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกันในช่วงท้ายของการรักษา และการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองมากกว่าเพศชาย ทั้ง 2 เรื่อง

สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศในผู้ป่วยจิตเวชทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีความแตกต่างกันมากนักในแง่ของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่มีความแตกต่างในด้านของชนิดของพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบ คือเพศชายมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และเพศหญิงมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ดังนั้น ในการนำปัจจัยด้านเพศไปใช้เพื่อเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องเฝ้าระวังทั้งสองเพศเท่าๆ กัน

อายุ งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้ง 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้ง 3 เรื่อง และเมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่างๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายจำนวน 1 เรื่อง และอายุน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง ส่วนการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

สำหรับงานวิจัยที่เลือกมาศึกษา 12 เรื่องนั้น มี 1 เรื่องที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งในเนื้อหาการศึกษา มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำหรือไม่ เนื่องจากอาการของความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำจะมีส่วนที่คล้ายกับอาการทางจิต เช่น ความเสื่อมในด้านการดูแลตนเอง ซึ่งคล้ายกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นหากจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องทำการประเมินอย่างระมัดระวังเช่นกัน

สรุปได้ว่า ในการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุเป็นสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งจะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย และผู้ป่วยที่อายุมาก ที่อาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากโรคทางารรู้คิด จดจำ

การวินิจฉัยโรค มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เรียงตามลำดับที่พบจากมากไปหาน้อย คือ โรคจิตเภท โรคบุคลิกภาพแปรปรวน โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) ที่ไม่ได้ทำการรักษาต่อเนื่อง โรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยเด็ก ส่วนโรคที่การศึกษาไม่พบว่ามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) และโรคทางสมองหรือการกระทบกระเทือนทางสมองหรือศีรษะ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคทางจิตหลายชนิดจำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สังเกตได้ว่า การป่วยด้วยโรคทางจิตหลายชนิด ส่งผลให้แสดงอาการตามโรคที่มีความเจ็บป่วย ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ควรประเมินตามลักษณะอาการที่ปรากฏ

โดยสรุป พบว่าการศึกษาในปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างไรก็ดี ควรพิจารณาตามอาการที่แสดงของผู้ป่วยเป็นส่วนประกอบด้วย เช่นอาการทางบวก เป็นต้น

กลุ่มอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรม และ ด้านบุคลิกภาพ ในการศึกษาถึงกลุ่มอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรม และ ด้านบุคลิกภาพพบว่า อาการที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ อาการทางบวก และอาการทางลบ พฤติกรรมแยกจากสังคม พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคม บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร (Hostility–Suspiciousness) บุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย ส่วนพฤติกรรมที่การศึกษาไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ต้องผูกติดกับคนอื่น (Parasitic Lifestyle)

จะเห็นได้ว่า อาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรมและด้านบุคลิกภาพ ชนิดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยส่วนใหญ่เป็นชนิด แบบที่มีความสัมพันธ์กับการมีอาการทางบวก เช่น บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร ดังนั้น การเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช โดยอาศัยปัจจัยด้านอาการผิดปกติทางจิต ด้านพฤติกรรมและด้านบุคลิกภาพ จำเป็นต้องประเมินอาการผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย

การใช้สารเสพติด จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง ส่วนใหญ่พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยชนิดของสารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ แอลกอฮอล์ สารเสพติดกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น กัญชา แอมเฟตามีน โคเคน และการใช้สารเสพติดร่วมกับการมีอาการทางจิตเวช ดังนั้น การเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ประวัติในอดีต จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประวัติในอดีต โดยแยกเป็นด้านต่าง ๆ และพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ประวัติความก้าวร้าวในอดีต ประวัติทางด้านสติความ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติทางการแพทย์จิต และด้านที่ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ประวัติทางความก้าวร้าวในครอบครัว

ดังนั้นในการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ควรคำนึงถึงประวัติในอดีตของผู้ป่วย ในการนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) และด้านวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไปใช้ในการประเมินการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายๆ ปัจจัย ประกอบกัน มีการประเมินทั้งประวัติที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับการสังเกตอาการทางคลินิกควบคู่ไปด้วย ซึ่งพยาบาลสามารถนำผลจากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุดมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินที่สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 จากการศึกษปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละช่วงอายุนั้น พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างเหมาะสม ซึ่งนอกเหนือจากการที่ต้องประเมินปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบในทุกช่วงวัยแล้ว ในวัยรุ่นควรจะต้องมีการประเมินเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติการเลี้ยงดู การหนีโรงเรียน ส่วนในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะของโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย เป็นต้น

1.3 ผลจากการศึกษาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่สถานที่ศึกษาจะเป็นในหอผู้ป่วยในหรือแผนกฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละสถานที่ เช่น ในแผนกฉุกเฉินและหน่วยแรกรับ มีความเสี่ยงสูงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าแผนกฟื้นฟู เป็นต้น พยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละสถานที่ไปใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม

1.4 ในทุกการศึกษาที่เลือกมาทำการศึกษา ได้เน้นถึงความสำคัญของทักษะผู้ใช้แบบประเมิน โดยผู้ที่ใช้แบบประเมินต่างๆ ต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินนั้นๆ มาเป็นอย่างดี จึงจะสามารถประเมินทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง มีจำนวน 5 เรื่อง ที่มีพยาบาลเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย จิตเวช ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่าง

ใกล้ชิดจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนทักษะการประเมิน โดยเฉพาะการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านวิจัยทางการพยาบาล

2.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวบางปัจจัย เช่น ประวัติในอดีต การใช้ยาเสพติด และเพศชาย พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีทั้งความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษาต่อไป

2.2 เนื่องจากในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นควรมีการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เป็นต้น

2.3 งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไทยต่อไป

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PERSONAL FACTORS RELATED TO AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC PATIENTS

วิมลตรา สาดพร 4937003 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (NURSING), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาความเสี่ยงลำดับต้นๆ ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล และยังเป็นปัญหาที่พบมาช้านานในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Anderson, Bell, Powell, Williamson, & Blount, 2004; Needham, Aberhalden, Halfens, Fisher, & Dassen, 2005) พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมถึง พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายทั้งต่อตนเอง ต่อผู้ป่วยอื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ (Yudofsky, Silver, & Jackson, 1986) ผลจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่นถึง 2 เท่า (Chen, Hwu, & Williams, 2005) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบมากที่สุด เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (Turnbull & Paterson, 1999) ในประเทศไทย จากสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 87,776 ราย และในปี 2552 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 89,250 ราย (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2553) ส่วนสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 2,280 เตียง ในครั้งปีงบประมาณ 2554 ช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2553 ถึงเดือน มีนาคม 2554 พบว่า มีสถิติการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวถึง 8,927 ราย และมีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ทั้งสิ้น 64 ราย (หน่วยงานสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554) นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าวในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีความระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึง 30 เมษายน 2552 พบว่า มีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยทั้งหมด 71 ครั้ง โดยเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น 46 ครั้ง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง 7 ครั้ง เป็นการทำร้ายเจ้าหน้าที่ 6 ครั้ง เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา 9 ครั้ง และ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ 3 ครั้ง (สุดสาคร จำมัน, 2553) จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้นยังมียุบัติการณ่เกิดที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกด้วย

การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่น และด้านสิ่งของ เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นอาจได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง หรือจากการตอบสนองจากผู้ป่วยอื่น รวมทั้งการบาดเจ็บจากการผิดพลาดในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวจากบุคลากร ซึ่งถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) นอกจากกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ในผู้ป่วยบางรายจะมีความรู้สึกผิดหลังจากกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว โดยอาจมีความคิดทำร้ายตนเองจากความรู้สึกผิด หรือเกิดความหวาดกลัวที่จะถูกบุคลากรหรือผู้ป่วยอื่นลงโทษต่อพฤติกรรมที่ตนได้กระทำลงไป (Scott & Remich, 2006) ส่วนผู้ป่วยอื่นที่ถูกกระทำรุนแรง อาจได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งมีความรู้สึกหวาดกลัวกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเลียนแบบผู้ป่วยที่เป็นผู้เริ่มกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) นอกจากนี้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเองอาจได้รับบาดเจ็บจากการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย บุคลากรเกิดความเครียด มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2541) การที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชยังมีผลกระทบต่อสิ่งของ ทำให้ให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินต่าง ๆ สูญเสียงบประมาณในการซ่อมบำรุง (Vandersloot, 1998) สรุปได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งต่อบุคคล และสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้น ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ สภาพแวดล้อมผู้ป่วย เช่นหอผู้ป่วยที่แออัดมากเกินไป (Chou et al., 2002) กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เคร่งครัด หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการรุกรานความเป็นส่วนตัว (Burrow, 1994; Chou et al., 2002) การที่ผู้ป่วยถูกขู้งจากผู้ป่วยอื่นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าการไม่ได้ถูกขู้งจากผู้ป่วยอื่น (Powell, Caan, & Crowe, 1994) พฤติกรรมของบุคลากร ตัวอย่างเช่น การมีท่าทีเฉยเมย ไม่สนใจผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เกิด

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคลากรได้ (Miller, 1991) นอกจากนี้การที่มีบุคลากรในขณะปฏิบัติงานจำนวนน้อยและต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้ (Chou et al., 2002)

นอกจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยส่วนบุคคลหมายถึง ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวมากับผู้ป่วย และเป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นสิ่งเร้าในการพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เป็นเพศชาย (สุพัฒนา เชาวดิวงษ์, 2548; อนันต์ อุ่นแก้ว, กชพงศ์ สารการ, และ ศักดา ขำคม, 2543; Scott & Resnick, 2006) มีอายุน้อย (ธีระ ลีลานั้นทกิจ, 2541; Duncan, 1992) มีระดับการศึกษาต่ำ (อนันต์ อุ่นแก้ว, กชพงศ์ สารการ, และ ศักดา ขำคม, 2543; Swanson, Swartz, & Borum, 2000) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว (MacArther Foundation, 2001) มีประวัติการได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Johnson, 2004) มีประวัติการใช้สารเสพติด (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคดังต่อไปนี้ เช่น โรคจิตเภท (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009) โรคอารมณ์แปรปรวน (ธีระ ลีลานั้นทกิจ, 2541) โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Hanson et al, 1996) โรคและความผิดปกติทางสมอง (Webster, 2007) และกลุ่มโรคด้านการเรียนรู้และสติปัญญา (Turnbull & Paterson, 1999; Webster, 2007) จากการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวดังที่กล่าวมาข้างต้น นำมาซึ่งการพัฒนาโดยทางในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ซึ่งปัญหาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญ การป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา ทำโดยมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน SAFE (ที่มำทางคลินิก โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมก้าวร้าว และ พฤติกรรมหลบหนี โดยในหัวข้อการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ 1) การพกพาอาวุธ/อุปกรณ์ที่อาจทำร้ายผู้อื่น 2) ประวัติการใช้สารเสพติดหรือหยุดใช้ก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 5 วัน 3) การทำร้ายผู้อื่น/ทำลายของภายใน 1 สัปดาห์ 4) การมีอาการที่มีแนวโน้มที่จะทำร้ายผู้อื่น(หูแว่ว หวกระแวง หลงผิด) 5) การตรวจพบมีสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ คำพูด แสดงความก้าวร้าว และ 6) ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาหงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (เสียงดัง แออัด) ซึ่งจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน SAFE พบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่ที่ได้รับ

รายงาน เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา มีการรายงานอุบัติการณ์จำนวนน้อย หรือมีการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวแต่ไม่ได้มีการรายงาน นอกจากนี้ในบางสถานการณ์แบบประเมิน SAFE ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างแม่นยำ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ตระหนักถึงความสำคัญของการที่ต้องมีแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความแม่นยำในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่จะเกิดขึ้น ซึ่งแบบประเมิน SAFE ที่ประเมินปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดอยู่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะสามารถเป็นแนวทางในการปรับปรุงแบบประเมินที่มีอยู่ เพื่อให้พยาบาลได้ใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม และลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ตามหลักการวินิจฉัยด้วย ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) หรือ ระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) (World Health Organization, 1992)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมและการกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทั้งทางร่างกาย และทางวาจา ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ เป็นผลให้เกิดการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ตนเองและผู้อื่น รวมถึงสิ่งของ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2548)

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึงลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นสิ่งเร้าในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติในอดีต การใช้สารเสพติด โรคทางจิตเวช กลุ่มอาการทางจิตเวชและความผิดปกติทางสมอง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งมีกระบวนการศึกษา และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบดังนี้

การสืบค้นงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source) แหล่งข้อมูลงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช จากตำรา วารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ และวารสาร จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง หลักฐานอ้างอิงบางส่วนที่สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยค้นฉบับ ทั้งในและต่างประเทศได้อีก นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ในการค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีทั้งสิ้น 6 ฐานข้อมูล คือ Pub Med, Highwire press, OVID, CINAHL, กรมสุขภาพจิต และโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS)

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ “aggression and factor and psychiatric patient” “aggression and risk factors and psychiatric patients” “personal factor and violence and psychiatric patient” “พฤติกรรมรุนแรง และผู้ป่วยจิตเวช” “ก้าวร้าว และ ผู้ป่วยจิตเวช” “ปัจจัย และ ก้าวร้าว และผู้ป่วยจิตเวช”

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion Criteria) เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

- 1) ต้องเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2010
- 3) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full text ได้

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็ม ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 12 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ ทั้งหมด 12 เรื่อง โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, and case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

จากงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด 12 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่าเป็นงานวิจัย ระดับ C จำนวน 12 เรื่อง

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

ในส่วนของการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย เป็นการนำงานวิจัยไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการพิจารณากลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 วัตถุประสงค์ของงานศึกษาวิจัย (purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (instruments and data collection)
- 2.6 ปัจจัยหรือตัวทำนายที่ศึกษา (Factors or predictors)
- 2.7 ผลการศึกษาวิจัย (findings or results)

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาสังเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง เป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ทั้งหมดคือ จำนวน 12 เรื่อง และไม่พบการศึกษาในประเทศไทย เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพงานวิจัย

โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า ศึกษาวิจัยในต่างประเทศดังกล่าว มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ C จำนวน 12 เรื่อง โดยงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเชิงบรรยาย หากความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย

2. องค์ประกอบงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 12 เรื่อง เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าองค์ประกอบของงานวิจัย ประกอบด้วย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ผู้ประเมิน ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค ดังนี้

เพศ งานวิจัยทั้ง 12 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

กลุ่มอายุ พบว่าม้งานวิจัย ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กจำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) กลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 10 เรื่อง (Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, Esposito et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset, & Dahl, 2008; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie, Moriarty, Harvey, Parrella, White, & Davis, 2001)

การวินิจฉัยโรค จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตโรคเดียว และ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตหลายโรคร่วมกัน

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตโรคเดียว พบว่าม้งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตโรคเดียวจำนวน 2 เรื่อง (Bowie et al., 2001; Rajesh & Day, 2005) คือในผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) และในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจากการใช้สารเสพติด 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005)

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตหลายโรคร่วมกัน พบว่าม้งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต หลายโรคร่วมกัน เช่น กลุ่มโรคอาการทางจิตเวช (โรคจิตเภท) , กลุ่ม

โรคทางอารมณ์ (โรคอารมณ์สองขั้ว, โรคซึมเศร้า) , กลุ่มโรคบุคลิกภาพ, โรคสารเสพติด เป็นต้น จำนวน 10 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao , Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006)

2.2 สถานที่ที่ทำการศึกษา

จากงานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษา เป็นผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD case) จำนวน 1 เรื่อง หน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 7 เรื่อง แผนกฉุกเฉิน จำนวน 2 เรื่อง เป็นผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 2 เรื่อง และ เป็นผู้ป่วยที่รับ บริการในสถานบำบัดเฉพาะทาง จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007)

หน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่ หน่วยบริการผู้ป่วยใน (IPD) ได้แก่ หอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008)

แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Swogger et al., 2009)

ผู้ป่วยในชุมชน (community case) ผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพในชุมชน จำนวน 2 เรื่อง (Rao , Luty, & Trathen, 2007; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006)

สถานบำบัดเฉพาะทาง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบำบัดเฉพาะทางประกอบด้วย สถานบำบัดสารเสพติด/แอลกอฮอล์ 2 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007) และจากบ้านพักคนชรา 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

2.3 ผู้ประเมิน

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินตามแบบประเมิน ของแต่ละการศึกษา ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) พยาบาล จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; Soliman & Reza, 2001) และ ผู้ที่ได้รับการอบรมในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004; Swogger et al., 2009)

2.4 ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ชนิด คือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น/สิ่งอื่น จำนวน 11 เรื่อง และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

2.4.1 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น/สิ่งอื่น

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น/สิ่งอื่น ยังแบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 11 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008)

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000)

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Soliman & Reza, 2001)

2.4.2 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาในพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009)

2.5 ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง ได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

เพศ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 เรื่อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศ จำนวน 6 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh &

Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศ จำนวน 5 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศจำนวน หญิง 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006) และเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศชายจำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) ไม่มีความแตกต่างระหว่าง เพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005)

ในการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศ เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่างๆ มีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศหญิงจำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศชายจำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) แต่เฉพาะในช่วงแรกๆ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และลดลงอย่างรวดเร็วและลดลงมากกว่าเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกันในช่วงท้ายของการรักษา การศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009) ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มากกว่าเพศชาย จำนวน 2 เรื่อง

อายุ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง (Amore et al., 2008; McNiel, Eisner, Binder, 2000; Rajesh&Day, 2005) ผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่าอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; McNiel, Eisner, & Binder, 2000) ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายจำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) พบว่าอายุน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000) และมีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009) ผลการศึกษาพบว่า อายุน้อยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

การวินิจฉัยโรค มีการศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 6 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel , 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008) พบผลการศึกษาโดยเรียงลำดับจำนวนงานวิจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อย ดังนี้

โรคจิตเภท มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 4 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008) และพบว่าโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001)

โรคบุคลิกภาพแปรปรวน มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคบุคลิกภาพแปรปรวนจำนวน 4 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่าโรคบุคลิกภาพแปรปรวน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 3 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) พบว่า โรคบุคลิกภาพแปรปรวน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008)

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วจำนวน 3 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า โรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) และไม่พบว่าโรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 2 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001)

โรคซึมเศร้า มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ไม่พบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001)

โรคทางสมอง มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางสมองจำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010) ผลการศึกษาพบว่าโรคทางสมองหรือการกระทบกระเทือนทางสมองหรือศีรษะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง

โรคสมาธิสั้น มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยเด็ก 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ผลการศึกษาพบว่าโรคสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนจำนวน 1 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010) ผลการศึกษาพบว่า โรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่ได้ทำการรักษาต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่โรคอารมณ์แปรปรวนร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด/การถูกบังคับรักษา/การเคยทำอันตรายต่อตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตอารมณ์จำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า โรคจิตอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคทางจิตหลายชนิด มีการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตหลายชนิดจำนวน 1 เรื่อง (Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

อาการทางคลินิก มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 9 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009) พบว่าอาการทางคลินิกไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001)

เมื่อจำแนกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ มีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 3 เรื่อง (Bowie et al., 2001; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 3 เรื่อง และมีการศึกษาในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาจำนวน 2 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 2 เรื่อง

ในส่วนของอาการทางคลินิก สามารถแยกออกตามลักษณะอาการ ได้แก่ อาการทางจิต อาการทางด้านอารมณ์ และอาการทางด้านพฤติกรรม

อาการทางจิต

อาการทางจิตหมายถึง ความผิดปกติในทุกด้านของบุคลิกภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย จากการตรวจ และการสังเกตของผู้วินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) สามารถแบ่งอาการทางจิต ออกได้เป็น อาการทางบวกและอาการทางลบ

อาการทางบวก อาการทางบวกหมายถึง อาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่ ประสาทหลอน อาการหลงผิด ความคิดผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมผิดปกติ

มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางบวก จำนวน 2 เรื่อง (Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่าอาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางกายและทางวาจาจำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) และพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวทางวาจาจำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม จำนวน 1 เรื่อง (McNiel, Eisner, & Binder, 2000) ผลการศึกษาพบว่าอาการประสาทหลอนทางหู ชนิดสั่งให้ทำตาม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

อาการทางลบ อาการทางลบหมายถึง อาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติทั่วไป ได้แก่ สีหน้าอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ไม่พูด ไม่มีอาการยินดียินร้าย

มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางลบ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มาจากรายการโทรทัศน์

อาการทางด้านอารมณ์

ในการศึกษาอาการทางด้านอารมณ์ มีการศึกษาเกี่ยวกับ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่าอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) พบว่าอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าไม่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007)

อาการทางด้านพฤติกรรม

ในการศึกษาอาการทางด้านพฤติกรรม พบว่ามีการศึกษาใน พฤติกรรม ด้านความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพ

พฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษา การศึกษา
พฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาจำนวน 2 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การไม่ร่วมมือกับแผนการรักษา เช่น การไม่ร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ การปฏิเสธการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) และพบว่า การไม่ร่วมมือกับแผนการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007)

พฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมด้านบุคลิกภาพ ในการศึกษาพฤติกรรมทางด้านบุคลิกภาพพบว่า มีการศึกษาในด้านพฤติกรรมแยกจากสังคม พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคม พฤติกรรมด้านความพึงพอใจต่อสังคม บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร พฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (parasitic lifestyle) บุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย และ ภาวะหลงตัวเอง

พฤติกรรมแยกจากสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมแยกจากสังคมจำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมแยกจากสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคมจำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อสังคมที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

บุคลิกภาพแบบระแวง ไม่เป็นมิตร มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตร จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง ไม่เป็นมิตรมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่า ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดีไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (parasitic lifestyle) จำนวน 1 เรื่อง (Swogger et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (parasitic lifestyle) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย มีการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย จำนวน 2 เรื่อง (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001) และในการศึกษาเดียวกันนี้ พบว่าบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008) และบุคลิกภาพแบบถูกกระตุ้นได้ง่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Bowie et al., 2001)

ภาวะหลงตัวเอง มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหลงตัวเอง จำนวน 1 เรื่อง (Svindseth et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะหลงตัวเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการมีภาวะหลงตัวเองสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น แต่การมีภาวะหลงตัวเองต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

การใช้สารเสพติด มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 7 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008) พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008) การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008)

เมื่อทำการศึกษาในสารเสพติดประเภทต่างๆ พบผลการศึกษาโดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

การใช้แอลกอฮอล์ มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007) และการใช้แอลกอฮอล์ไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007 ; Soliman & Reza, 2001)

การใช้ฟัน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ฟันจำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ฟัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty & Trathen, 2007) และการใช้ฟันไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007)

การใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอากรทางจิตเวช มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอากรทางจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติด ร่วมกับการมีอากรทางจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 เรื่อง

การใช้กัญชา มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้กัญชา มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้แอมเฟตามีน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้โคเคน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โคเคน จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้โคเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้เมธาโดน มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เมธาโดน จำนวน 1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen , 2007) ผลการศึกษาพบว่า การใช้เมธาโดน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การใช้ยาเสพติดหลายชนิด มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดหลายชนิด จำนวน 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติดหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้น มีการศึกษาเกี่ยวกับ การมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้น จำนวน 1 เรื่อง (Rajesh & Day, 2005) ผลการศึกษาพบว่า การมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดสั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ประวัติในอดีต มีการศึกษาเกี่ยวกับประวัติในอดีตของผู้ป่วย ในประเภทต่างๆ คือ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว การมีประวัติเกรที่โรงเรียน การมีประวัติทางคดีความ การมีประวัติการใช้สารเสพติด การมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต และ การมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง ดังนี้

การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 5 เรื่อง (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 4 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001) พบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Amore et al., 2008)

มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ในประเภทต่าง ๆ แบ่งออกเป็น ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีการศึกษาเกี่ยวกับ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 2 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathe, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่อง

ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีการศึกษาเกี่ยวกับ การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathe, 2007; Soliman & Reza, 2001) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 เรื่อง

การมีประวัติเกรที่โรงเรียน มีการศึกษาเกี่ยวกับ การมีประวัติเกรที่โรงเรียนจำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติเกรที่โรงเรียน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 2 เรื่อง

การมีประวัติทางคดีความ มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติทางคดีความจำนวน 2 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004 ;) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติทางคดีความ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) พบว่า การมีประวัติทางคดีความ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก

การมีประวัติการใช้สารเสพติด มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติการใช้สารเสพติดจำนวน1 เรื่อง (Krakowski & Czobor, 2004) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต จำนวน1 เรื่อง (Rao, Luty, & Trathen, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

การมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง จำนวน1 เรื่อง (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007) ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติความก้าวร้าวในครอบครัว/ถูกกระทำรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุด คือ อายุน้อย การวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะโรคจิตเภท อาการทางคลินิก โดยเฉพาะอาการทางจิต ประวัติในอดีตโดยเฉพาะประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการใช้แอลกอฮอล์ และเพศชาย ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) และด้านวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไปใช้ในการประเมินการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายๆ ปัจจัย ประกอบกัน มีการประเมินทั้งประวัติที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับการสังเกตอาการทางคลินิกควบคู่ไปด้วย ซึ่งพยาบาลสามารถนำผลจากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุดมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินที่สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละช่วงอายุนั้น พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างเหมาะสม ซึ่งนอกเหนือจากการที่ต้องประเมินปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบในทุกช่วงวัยแล้ว ในวัยรุ่นควรจะต้องมีการประเมินเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติการเลี้ยงดู การหนีโรงเรียน ส่วนในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะของโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย เป็นต้น

1.3 ผลจากการศึกษาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่สถานที่ศึกษาจะเป็นในหอผู้ป่วยในหรือแผนกฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละสถานที่ เช่น ในแผนกฉุกเฉินและหน่วยแรกรับ มีความเสี่ยงสูงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าแผนกฟื้นฟู เป็นต้น พยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละสถานที่ไปใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม

1.4 ในทุกการศึกษาที่เลือกมาทำการศึกษา ได้เน้นถึงความสำคัญของทักษะผู้ใช้แบบประเมิน โดยผู้ที่ใช้แบบประเมินต่างๆต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินนั้นๆมาเป็นอย่างดี จึงจะสามารถประเมินทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง มีจำนวน 5 เรื่อง ที่มีพยาบาลเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนทักษะการประเมินโดยเฉพาะการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านวิจัยทางการพยาบาล

2.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวบางปัจจัย เช่น ประวัติในอดีต การใช้ยาเสพติด และเพศชาย พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษาต่อไป

2.2 เนื่องจากในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นควรมีการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เป็นต้น

2.3 งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการทำการศึกษาย่อยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไทยต่อไป



A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PERSONAL FACTORS RELATED TO AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC PATIENTS

VIMONTRA SATPORN 4937003 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSSANA THAWEEKOON, Ph.D.(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Aggressive behavior in psychiatric patients is considered one of the leading risks commonly found in a hospital. It is also a problem that has long been prevalent in psychiatric care (Anderson, Bell, Powell, Williamson, & Blount, 2004; Needham, Aberhalden, Halfens, Fisher, & Dassen, 2005). Aggressive behaviors in psychiatric patients include verbal aggression, physical aggression towards self and other patients, and material aggression (Yudofsky, Silver, & Jackson, 1986). A study conducted in the United States has revealed that aggressive behavior is two times more common in psychiatric wards than in other wards (Chen, Hwu, & Williams, 2005). Aggressive behavior that is most commonly found is verbal aggression (Turnbull & Paterson, 1999). In Thailand, the statistics of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health has revealed that in 2008, the number of psychiatric patients seeking treatment at a hospital under the Department of Mental Health was equal to 87,776, and the number increased to 89,250 in 2009 (Division of Planning, Department of Mental Health, B.E. 2553). According to the statistics of Srithanya Hospital, which is a psychiatric hospital with 2,280 beds, as many as 8,927 psychiatric patients were monitored for aggressive behavior between October 2010 and March

2011, and of these, 64 had aggressive behaviors (Statistics Unit, Srithanya Hospital, B.E. 2554). In addition, the statistics of Galayarajanagarindra Institute, which provides treatment to psychiatric patients who have been prosecuted, have revealed that between May 1, 2008 and April 30, 2009, there were 71 incidents of aggressive behavior in inpatient wards. Of these, 46 were aggressive behavior toward others, seven were aggressive behavior toward self, six were assaults of hospital staffs, nine were verbal aggression cases, and three were material aggression cases (Sudsakhon Jumman, B.E. 2553). Thus, it can be seen that the incidences of aggressive behavior in psychiatric patients are common, and they tend to increase in prevalence.

Aggressive behavior of psychiatric patients has various effects including effects on the patients themselves, other patients, and belongings. When they have aggressive behaviors, psychiatric patients may be injured from their own aggression or from responses of other patients, including injury caused by errors in management of aggressive behaviors of healthcare staffs. In severe cases, mortality may result (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2545). In addition to physical effects, some patients may feel guilty after having aggressive behaviors. They may want to harm themselves due to guilt or are afraid that other patients or hospital staffs will punish them for what they have done (Scott & Remich, 2006). Other patients who are assaulted may be injured or scared, or they may develop aggressive behavior after the patients who initiated it (Niran Vichienthong, B.E. 2541). Furthermore, hospital staffs who provide care to the psychiatric patients may be injured from their management of patients' aggressive behavior, making them feel stressed or lack of security in their work (Theera Leelanantakij, B.E. 2541). Finally, psychiatric patients' aggressive behavior may have an effect on belongings, causing loss of properties and wasting maintenance costs (Vandersloot, 1998). Therefore, it can be concluded that aggressive behavior in psychiatric patients has a number of negative effects on both individuals and the environment.

A review of literature published both in Thailand and abroad has shown that the factors that are associated with aggressive behavior in psychiatric patients include environmental factors and personal factors. Environmental factors that lead to aggressive behavior in psychiatric patients are the environment of the patients such as crowded inpatient wards (Chou et al., 2002), strict hospital regulations or other

activities that invade patients' privacy (Burrow, 1994; Chou et al., 2002), provocation of aggressive behavior from other patients (Powell, Caan, & Crowe, 1994), behaviors of healthcare personnel such as ignorance (Miller, 1994), and hospital staff shortage which makes it impossible to satisfy psychiatric patients' needs, all of which can lead to aggressive behavior in psychiatric patients (Chou et al., 2002).

In addition to environmental factors, there are personal factors which are related to aggressive behavior in psychiatric patients. Personal factors refer to patients' personal characteristics which are arousals of aggressive behavior. A review of literature has revealed that personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients include the male gender (Supattana Dechartwong, B.E. 2548; Anan Oonkaew, Kotchapong Sarakarn, & Sakda Khamkom, B.E. 2543; Scott & Resnick, 2006), young age (Theera Leelanantakij, B.E. 2541; Duncan, 1992), low level of education (Anan Oonkaew, Kotchapong Sarakarn, & Sakda Khamkom, B.E. 2543; Swanson, Swartz, & Borum, 2000), history of aggression (MacArthur Foundation, 2001), family history of aggression (Johnson, 2004), and history of substance abuse (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009). Besides this, aggressive behavior is commonly found in patients who are diagnosed with schizophrenia (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009), defective emotional disorder (Theera Leelanantakij, B.E. 2541), bipolar disorder (Hanson et al., 1996), brain defects and brain disorder (Webster, 2007), and learning and cognitive syndromes (Turnbull & Paterson, 1999; Webster, 2007). Studies on environmental factors and personal factors associated with aggressive behavior can be used to develop preventive guidelines to prevent aggressive behavior in psychiatric patients.

Srithanya Hospital is a tertiary psychiatric hospital. Aggressive behavior in psychiatric patients is considered a major problem of the hospital. Prevention of aggressive behaviors in psychiatric patients is done using a monitoring technique with the SAFE assessment scale (Clinical Leading Team, Srithanya Hospital, B.E. 2547). This instrument is used to assess suicidal behavior, accidents, aggressive behavior, and escaping behavior. As regards assessment of aggressive behavior, the patients' personal factors are assessed in six topics as follows: 1) carrying of a weapon or tool that can harm others, 2) history of substance abuse or discontinuation of substance abuse within five days before hospital admission, 3) history of assaults or destruction

of properties within one week, 4) symptoms indicating possibility of assault of others such as auditory hallucination, paranoia, and delusion, 5) detection of aggressive facial expressions, gestures, emotions, or speech, and 6) irritability when aroused by the environment such as loud noise or crowdedness. The report on incidences of aggressive behavior using the SAFE scale has indicated that most of the cases of aggressive behavior are physical aggression. There are only few cases of verbal aggression, or verbal aggression cases are not reported. However, in some situations, the SAFE scale cannot be used with accuracy. For this reason, the researcher who is a psychiatric nurse working at an inpatient ward of Srithanya Hospital has realized the significance of a development of an accurate assessment scale for aggressive behavior in psychiatric patients to overcome the limitations of the SAFE scale currently in use. Thus, the present study aimed to compile and systematically analyze and synthesize factors related to personal factors leading to aggressive behavior in psychiatric patients. It has been anticipated that the findings of the present study can be used as a guideline to revise the existing assessment instrument to increase effectiveness and accuracy of assessment of aggressive behavior in psychiatric patients and reduce the incidences of aggressive behavior in psychiatric patients.

Study Objective

To synthesize research related to personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study will lead to a body of knowledge on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients and a guideline on effective assessment of behavior in psychiatric patients to monitor and prevent aggressive behavior in psychiatric patients.

Definition of Terms

Psychiatric patients refer to patients who have been diagnosed with a psychiatric illness according to the diagnostic criteria called DSM-IV developed by the American Psychiatric Association (1994) or the diagnostic criteria called ICD-10 of the World Health Organization (1992).

Aggressive behavior refers to any behavior or action that invades the personal rights of others including physical and verbal aggression to self, others, and things that leads to physical or psychological harms or injuries in self, others, or things (Chaweewan Sattayatham, B.E. 2541; Nongpanga Limsuwan, B.E. 2548).

Personal factors refer to personal characteristics which arouse or provoke aggressive behavior in psychiatric patients including gender, age, educational background, history of substance abuse, psychiatric illness, psychiatric syndromes, and brain abnormality.

Methodology

The present study was a synthesis of research on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients. The systematic review of research-based evidence was conducted as follows:

Search for information sources

1. Data source: The data sources used in the systematic review of research on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients were textbooks and journals in the field of nursing science and related fields. Printed materials including theses, dissertations, and journals from different libraries and data sources of related institutes were also used. Some of the references found were used to search for original research manuscripts in Thailand and abroad. Moreover, electronic resources were also used in the search for related research references. There were six databases used in the search including PubMed, Highwire Press, OVID, CINAHL, Department of Mental Health, and ThaiLIS.

2. Keywords: The keywords used in the search were “aggression and factor and psychiatric patient,” “aggression and risk factor and psychiatric patient,”

“personal factor and violence and psychiatric patient,” “aggressive behavior and psychiatric patient,” “aggression and psychiatric patient,” and “factor and aggression and psychiatric patient.”

3. Inclusion criteria: The inclusion criteria were as follows:

- 1) Research on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients
- 2) Research published between 2000 and 2010
- 3) Research with full text available

Guideline on analysis and synthesis of research

1. Evaluation of research quality

A search and review of research-based evidence on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients resulted in a total of 12 research studies to be included in the present study. The guideline in analyzing and synthesizing the selected research-based evidence was as follows:

Evaluation of Research Quality: The evaluation criteria proposed by the Royal College of Physicians of Thailand (Subcommittee on Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guideline, The Royal College of Physicians of Thailand, B.E. 2544) which categorize academic references into the following four levels of evidence:

Level of evidence A refers to evidence derived from a systematic review of randomized controlled clinical trials (RCT) or single research derived from randomized controlled trials (RCT).

Level of evidence B refers to evidence derived from a systematic review of at least one randomized controlled trial (RCT) or research which is quasi-experimental research, non-randomized controlled trial, cohort study, or case-control study.

Level of evidence C refers to evidence derived from a systematic review of a correlational study, causal-comparative study, or descriptive study.

Level of evidence D refers to evidence derived from an expert consensus.

According to the above criteria, all 12 research studies selected in this study were categorized under Level of evidence C.

2. Data extraction

The data were extracted from the selected research studies for subsequent analysis and synthesis to derive at a body of knowledge on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients in the following topics:

- 2.1 Purposes of the study
- 2.2 Research design
- 2.3 Study sample
- 2.4 Research sites or settings
- 2.5 Instruments and data collection
- 2.6 Factors or predictors
- 2.7 Findings or results

After that, the extracted data were synthesized to derive at a body of knowledge on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients.

Findings

The findings from an analysis and synthesis of research on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients can be summarized into two parts as follows:

1. Quality and sufficiency of research

All 12 research studies selected in the present study were conducted abroad as no studies on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients carried out in Thailand were found. When determining the quality of these studies using the evaluation criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544), it was found that all 12 of them were categorized under Level C because they were descriptive research studies investigating the relationships between personal factors and aggressive behavior in psychiatric patients.

2. Components of the selected research on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients

All 12 research studies selected in this study were studies on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients. It was discovered that

the components of the research included demographic characteristics of the subjects, research settings, instruments used in the assessment, assessors, types of aggressive behavior, and personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients, which can be described in more details as follows:

2.1 Demographic characteristics of the subjects

The demographic characteristics of the subjects in the 12 selected studies consisted of gender, age, and diagnosis as follows:

Gender: The subjects in all 12 studies were both males and females.

Age: There was one study conducted with child psychiatric patients (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007). Ten studies were carried out with adult psychiatric patients (Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, & Esposito, 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset, & Dahl, 2008; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006). One study was conducted with elderly psychiatric patients (Bowie et al., 2001).

Diagnosis: In these 12 studies, the diagnosis of psychiatric patients could be divided into patients with a single psychiatric illness and patients with multiple psychiatric illnesses.

Patients with a single psychiatric illness: There were two studies which were conducted with patients with only one psychiatric illness (Bowie et al., 2001; Rajesh & Day, 2005). One of the studies involved patients diagnosed with schizophrenia (Bowie et al., 2001), while the other was carried out with patients who were diagnosed with a psychiatric illness due to substance abuse (Rajesh & Day, 2005).

Patients with multiple psychiatric illnesses: The findings showed that ten studies were conducted with patients with multiple psychiatric illnesses such as schizophrenia, bipolar disorder, depressive disorder, personality disorder, and psychiatric disorder related to substance abuse (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, & Esposito, 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, &

Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset, & Dahl, 2008; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006).

2.2 Research settings

Of the 12 selected research studies, one study was conducted with patients who sought treatment at the outpatient clinic (OPD), severe were carried out with patients who were treated at the inpatient clinic (IPD), two were conducted with patients seeing treatment at the emergency department, two were carried out with psychiatric patients in the community, and three were done with patients who were treated at a specialized facility.

Outpatient clinic (OPD): There was one study involving patients who were OPD cases seeking treatment at the outpatient psychiatric clinic (Rao, Luty, & Trathen, 2007).

Inpatient clinic (IPD): Seven studies investigated personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients who were hospitalized in the psychiatric inpatient wards (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001; Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset, & Dahl, 2008).

Emergency department: There were two studies involving psychiatric patients who were treated at the emergency department (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009).

Community case: Two studies were carried out with psychiatric patients in the community who were willing to participate in the research (Rao, Luty, & Trathen, 2007; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006).

Specialized facility: Two studies were conducted with psychiatric patients who were treated at a drug/alcohol rehabilitation center (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007;), while one was carried out at an elderly nursing home (Bowie et al., 2001).

2.3 Assessors

The findings of the present study revealed that of the 12 selected studies, there were seven studies in which the assessors of aggressive behaviors in psychiatric patients were physicians (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, &

Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006), five studies in which the assessors were nurses (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; Soliman & Reza, 2001), and two studies in which trained personnel were the assessors (Krakowski & Czobor, 2004; Swogger et al., 2009).

2.4 Types of aggressive behavior

According to the study findings, there were two types of aggressive behavior. Of the 12 selected research studies, aggressive behavior toward others or things was investigated in 11 studies, and aggressive behavior toward self was explored in four studies.

1) Aggressive behavior toward others/things

Aggressive behavior toward others/things could further be divided into physical aggression, verbal aggression, and aggression toward things.

Physical aggression: There were 11 studies which investigated physical aggression in psychiatric patients (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008).

Verbal aggression: There were five studies which explored verbal aggression in psychiatric patients (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000).

Aggression toward things: There were two studies which investigated psychiatric patients' aggressive behavior toward things (Amore et al., 2008; Soliman & Reza, 2001).

2) Aggressive behavior toward self

The study findings indicated that there were four research studies which explored psychiatric patients' aggressive behavior toward themselves (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009).

2.5 Personal factors related to aggressive behavior

Personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients investigated in the 12 selected research studies were as follows:

Gender: The study findings showed that there were eight studies which explored the relationship between gender and aggressive behavior (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006). It was found in all eight studies that the personal factor of gender was related to aggressive behavior in psychiatric patients.

Furthermore, in six studies which examined the gender differences (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006), it was found that there were differences in genders of psychiatric patients in five studies (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006). To further explain, male patients had more aggressive behavior than female patients in four studies (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rajesh & Day, 2005; Svindseth et al., 2008; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006), and female patients had more aggressive behavior than male patients in one study (Krakowski & Czobor, 2004). Also, there was one study which did not find statistically significant differences between male and female psychiatric patients' aggressive behavior (Rajesh & Day, 2005).

When studying gender differences in terms of different types of aggressive behavior, it was found that two studies examined physical aggression (Amore et al., 2008; Krakowski & Czobor, 2004). The findings indicated that male patients had more physical aggression than female patients in one study (Amore et al., 2008) and female patients had more physical aggression than male patients in the other study (Krakowski & Czobor, 2004) but only during the initial period of hospitalization and their aggressive behavior rapidly reduced and was finally less than that of male patients at the end of the treatment. In addition, there were two studies which investigated aggressive behavior toward self (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Swogger, Conner, Meldrum, & Caine, 2009). It was reported in both studies that female patients had more aggressive behavior toward themselves than male patients.

Age: There were three studies which investigated the personal factor of age and its relationship with aggressive behavior in psychiatric patients

(Amore et al., 2008; McNiel, Eisner, & Bider, 2000; Rajesh & Day, 2005). The findings showed that young age was associated with aggressive behavior.

When considering different aspects of aggressive behavior, it could be seen that there were two studies which explored the relationship between age and physical aggression (Amore et al., 2008; McNiel, Eisner, & Bider, 2000). One of these studies found that young age was associated with physical aggression (Amore et al., 2008), while the other study reported that there was no statistically significant relationship between young age and physical aggression (McNiel, Eisner, & Bider, 2000). In addition, there was one study which examined the relationship between age and aggressive behavior toward self (Swogger et al., 2009) and reported that young age was associated with aggressive behavior toward self.

Diagnosis: There were six studies which investigated the personal factor of diagnosis and its relationship with aggressive behavior in psychiatric patients (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008). The findings could be described in accordance with the levels of relationships as follows:

Schizophrenia: There were five studies conducted with patients with schizophrenia (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008). The findings revealed that there was a relationship between schizophrenia and aggressive behavior in four studies (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008). However, there was one study which reported that there was no statistically significant relationship between diagnosis of schizophrenia and aggressive behavior (Soliman & Reza, 2001).

Personality disorders: There were four studies which were conducted with patients with personality disorders (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001). Three studies reported that personality disorders were related to aggressive behavior (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001). However, there was one study which reported that there was no statistically significant relationship between diagnosis of personality disorders and aggressive behavior (Amore et al., 2008).

Bipolar disorder: There were three studies which were carried out with patients with bipolar disorder (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001). One of these studies reported that there was a relationship between bipolar disorder and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007), but the other studies found no statistically significant relationship between bipolar disorder and aggressive behavior (Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001).

Depressive disorder: Two studies explored the relationship between depressive disorder and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001). One study found that there was a relationship between bipolar disorder and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007), but the other reported no statistically significant relationship between depressive disorder and aggressive behavior (Soliman & Reza, 2001).

Brain disease: There were two studies which investigated the relationship between brain disease and aggressive behavior (Amore et al., 2008; Lynch & Noel, 2010). Both studies found no statistically significant relationship between brain disease or concussion and aggressive behavior.

Attention Deficit Disorder (ADD): One study examined the relationship between diagnosis of attention deficit disorder (ADD) and aggressive behavior in child patients (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007). It was found that there was a relationship between diagnosis of attention deficit disorder (ADD) and aggressive behavior.

Mood disorder: One study explored the relationship between diagnosis of mood disorder and aggressive behavior (Lynch & Noel, 2010). The findings showed that patients with mood disorder who did not receive continuous treatment were likely to have aggressive behavior. However, there was no statistically significant relationship between diagnosis of mood disorder with use of alcohol/drugs/forced treatment/history of self-harm and aggressive behavior.

Schizoaffective disorder: There was one study which explored the relationship between diagnosis of schizoaffective disorder and aggressive behavior (Soliman & Reza, 2001). It was found that there was no statistically

significant relationship between diagnosis of schizoaffective disorder and aggressive behavior.

Multiple psychiatric illnesses: There was one study which explored the relationship between diagnosis of multiple psychiatric illnesses and aggressive behavior (Soliman & Reza, 2001). The findings showed that there was a relationship between diagnosis of multiple psychiatric illnesses and aggressive behavior.

Clinical symptoms: There were altogether nine studies which investigated the relationship between clinical symptoms and aggressive behavior (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009). Seven studies found that clinical symptoms were associated with aggressive behavior (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008; Swogger et al., 2009). On the contrary, two studies reported that there was no statistically significant relationship between clinical symptoms and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001).

When considering different aspects of aggressive behavior, it was found that there were three studies which investigated physical aggression (Bowie et al., 2001; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001) and reported that clinical symptoms were related to physical aggression. Furthermore, two studies examined the relationship between clinical symptoms and verbal aggression (McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Soliman & Reza, 2001). Both studies reported that clinical symptoms were associated with verbal aggression in psychiatric patients.

Clinical symptoms could be divided into psychotic symptoms, emotional symptoms, and behavioral symptoms.

Psychotic symptoms

Psychotic symptoms refer to all aspects of abnormality of personality as told by the patients, as detected during the examination, and as observed by healthcare team members (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2548). Psychotic symptoms can be divided to positive symptoms and negative symptoms.

Positive symptoms: Positive symptoms refer to symptoms in addition to symptoms of normal people including hallucination, delusion, and abnormal thinking or behavior.

There were two studies which explored positive symptoms (Bowie et al., 2001; Krakowski & Czobor, 2004). One study found that positive symptoms were associated with both physical and verbal aggression (Krakowski & Czobor, 2004), while the other found that positive symptoms were associated with verbal aggression (Bowie et al., 2001).

Negative symptoms: Negative symptoms refer to symptoms which are missing when compared to symptoms of normal persons such as indifference, lack of life goals, lack of interpersonal relationships, lack of communication, etc.

There was one study which examined negative symptoms (Bowie et al., 2001). The findings showed that there was a relationship between negative symptoms and aggressive behaviors in elderly psychiatric patients who were hospitalized.

Emotional symptoms

There were two studies which investigated emotional symptoms (Amore et al., 2008; Rao, Luty, & Trathen, 2007). One study found that anxiety and depression were associated with aggressive behavior (Amore et al., 2008), while the other found that anxiety and depression were not associated with aggressive behavior with statistical significance (Rao, Luty, & Trathen, 2007).

Behavioral symptoms

The studies which investigated behavioral symptoms involved cooperative behavior with treatment and personality behavior.

Cooperative behavior with treatment: This could further be divided into behavior regarding adherence to the treatment plan and self-care behavior.

Behavior regarding adherence to the treatment plan: Two studies investigated behavior regarding adherence to the treatment plan (Krakowski & Czobor, 2004; Rao, Luty, & Trathen, 2007). The findings of one study indicated that

lack of adherence to the treatment plan such as avoidance of participation in group activities and rejection of medication intake was associated with aggressive behavior (Krakowski & Czobor, 2004). On the other hand, the other study found that there was no statistically significant relationship between lack of adherence to the treatment plan and aggressive behavior (Rao, Luty, & Trathen, 2007).

Self-care behavior: There was one study which investigated self-care behavior of patients (Bowie et al., 2001). The findings showed that inappropriate self-care behavior was associated with aggressive behavior.

Personality behavior: The personality behavior investigated in the selected studies included social isolation, social adaptation, satisfaction with society, paranoid personality, interpersonal relationships, parasitic lifestyle, irritability, and narcissism.

Social isolation: There was one study which investigated social isolation behavior (Swogger et al., 2009). It was found that there was a relationship between social isolation and aggressive behavior.

Social adaptation: One study examined social adaption in psychiatric patients (Bowie et al., 2008). The findings revealed that poor social adaptation was associated with aggressive behavior.

Paranoid personality: There was one study which explored paranoid personality and aggressive behavior (Amore et al., 2008). The findings showed that paranoid personality was associated with aggressive behavior.

Interpersonal relationships: There was one study which investigated interpersonal relationships and aggressive behavior in psychiatric patients (Swogger et al., 2009). It was found that poor interpersonal relationships were associated with aggressive behavior with statistical significance.

Parasitic lifestyle: One study investigated parasitic lifestyle and its relationship with aggressive behavior in psychiatric patients (Swogger et al., 2009). The findings revealed that there was a statistically significant relationship between parasitic lifestyle and aggressive behavior.

Irritability: There were two studies that examined irritability (Amore et al., 2008; Bowie et al., 2001). One study reported that irritability was associated with verbal aggression (Amore et al., 2008). However, the other study

found that irritability was not statistically significantly related to physical aggression (Bowie et al., 2001). Furthermore, there was one study which explored self-control ability of psychiatric patients (Rao, Luty, & Trathen, 2007). It was discovered that there was no statistically significant relationship between self-control and aggressive behavior.

Narcissism: One study investigated the relationship between narcissism and aggressive behavior (Svindseth et al., 2008). It was reported that narcissism was related to aggressive behavior. That is, psychiatric patients who had a high level of narcissism were more likely to have aggression toward others, whereas those with a low level of narcissism were more likely to have aggression toward themselves.

Substance abuse: Of the 12 selected studies, seven studies investigated the relationship between substance abuse and aggressive behavior (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001; Svindseth et al., 2008). Four studies reported that there was a relationship between substance abuse and aggressive behavior (Lynch & Noel, 2010; McNiel, Eisner, & Binder, 2000; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Svindseth et al., 2008). In contrast, three studies found that there was no statistically significant relationship between substance abuse and aggressive behavior (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001).

Findings on different types of substance abuse were as follows:

Alcohol consumption: There were four studies which explored the relationship between alcohol consumption and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001). According to the study findings, the relationship between alcohol consumption and aggressive behavior was reported in two studies (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007). However, the other two studies found that there was no statistically significant relationship between alcohol consumption and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Soliman & Reza, 2001).

Use of opium: Two studies examined the use of opium (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rao, Luty, & Trathen, 2007). One study found that use of opium was associated with aggressive behavior (Rao, Luty, & Trathen, 2007), whereas the other study showed that there was no statistically significant relationship between use of opium and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007).

Substance abuse together with psychotic symptoms: There were two studies which explored the relationship between substance abuse with psychotic symptoms and aggressive behavior (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007). Both studies reported that there was no statistically significant relationship between substance abuse with psychotic symptoms and aggressive behavior (Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007).

Use of marijuana: One study examined the use of marijuana in psychiatric patients (Rao, Luty, & Trathen, 2007). It was found that use of marijuana was associated with aggressive behavior.

Use of amphetamine: One study examined the use of amphetamine in psychiatric patients (Rao, Luty, & Trathen, 2007). It was found that use of amphetamine was associated with aggressive behavior.

Use of cocaine: One study examined the use of cocaine in psychiatric patients (Rao, Luty, & Trathen, 2007). It was found that use of cocaine was associated with aggressive behavior.

Use of methadone: One study examined the use of methadone in psychiatric patients (Rao, Luty, & Trathen, 2007). It was found that use of methadone was associated with aggressive behavior.

Use of multiple drugs: One study examined the use of multiple drugs in psychiatric patients (Rajesh & Day, 2005). It was found that use of multiple drugs was associated with aggressive behavior.

Short duration of substance abuse: One study examined the short duration of substance abuse in psychiatric patients (Rajesh & Day, 2005). It was found that short duration of substance abuse was associated with aggressive behavior.

Past history: Past history of psychiatric patients investigated in the 12 selected studies included history of aggression, history of misconducts in

school, history of legal prosecution, history of substance abuse, history of psychiatric treatment, and family history of aggression/abuse.

History of aggression: There were five studies which examined history of aggressive behaviors of psychiatric patients (Amore et al., 2008; Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001). Four of these five studies reported that history of aggression was associated with aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Rajesh & Day, 2005; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2001). However, one study found that there was no statistically significant relationship between history of aggression and aggressive behavior (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007).

History of aggression could further be divided into history of assault and history of self-harm.

History of assault: Two studies explored history of assaults (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007). Both studies found that there was a relationship between history of assaults and aggressive behavior.

History of self-harm: There were three studies which investigated history of self-harm and aggressive behavior (Lynch & Noel, 2010; Rao, Luty, & Trathen, 2007; Soliman & Reza, 2010). All three studies found that there was a relationship between history of self-harm and aggressive behavior.

History of misconducts in school: Two studies explored history of misconducts in school and aggressive behavior in psychiatric patients (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004). Both studies found that there was a relationship between history of misconducts in school and aggressive behavior.

History of legal prosecution: Two studies explored the relationship between history of legal prosecution and aggressive behavior in psychiatric patients (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007; Krakowski & Czobor, 2004). One of the two studies found that there was a relationship between history of legal prosecution and aggressive behavior (Krakowski & Czobor, 2004). However, the other study reported that there was no statistically significant relationship between history of legal prosecution and aggressive behavior in child psychiatric patients (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007).

History of substance abuse: There was one study which examined history of substance abuse and aggressive behavior in psychiatric patients (Krakowski & Czobor, 2004). It was discovered that there was a relationship between history substance abuse and aggressive behavior.

History of psychiatric treatment: There was one study which examined history of psychiatric treatment and aggressive behavior in psychiatric patients (Rao, Luty, & Trathen, 2007). The findings showed that there was a relationship between psychiatric treatment and aggressive behavior.

Family history of aggression/abuse: One of the 12 selected studies explored family history of aggression/abuse and aggressive behavior in psychiatric patients (Giggie, Olvera, & Joshi, 2007). It was found that there was no statistically significant relationship between family history of aggression/abuse and aggressive behavior.

A review of the 12 selected research studies on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients showed that the factors which had the most supporting research-based evidence were young age, diagnosis of schizophrenia, clinical symptoms particularly psychotic symptoms, history of aggression and substance abuse especially alcohol consumption, and the male gender, respectively.

Implications of Findings

The findings of this study could be used as a guideline for nursing practices and nursing research as follows:

1. For nursing practices

1.1 Nurses are able to make use of the findings regarding personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients to assess aggressive behavior of the patients. Nurses should take various factors into consideration. They should assess the patients' past history related to onset of aggressive behavior and simultaneously observe patients' clinical symptoms. Also, the personal factors with the most supporting research-based evidence can be used to

develop an assessment instrument to more effectively predict the onset of aggressive behavior in psychiatric patients.

1.2 A synthesis of research on personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients has revealed that there are differences in personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients in different ages. Nurses can utilize this finding to more appropriately provide care to psychiatric patients at different ages. In addition to assessment of personal factors related to aggressive behavior in psychiatric patients in all age groups, more factors should be taken into account if the patients are adolescents such as history of family upbringing, school absenteeism, etc., and if patients are elderly patients such as dementia.

1.3 The studies reviewed in this study were mostly conducted in an inpatient ward or an emergency department. It can be seen that there are differences in aggressive behavior in psychiatric patients. For example, there are more likely to be incidences of aggressive behaviors at the emergency department and the admission unit when compared to the rehabilitation unit. Therefore, nurses can make use of the findings on risks of aggressive behavior at each setting to more appropriately assess and monitor aggressive behavior in psychiatric patients.

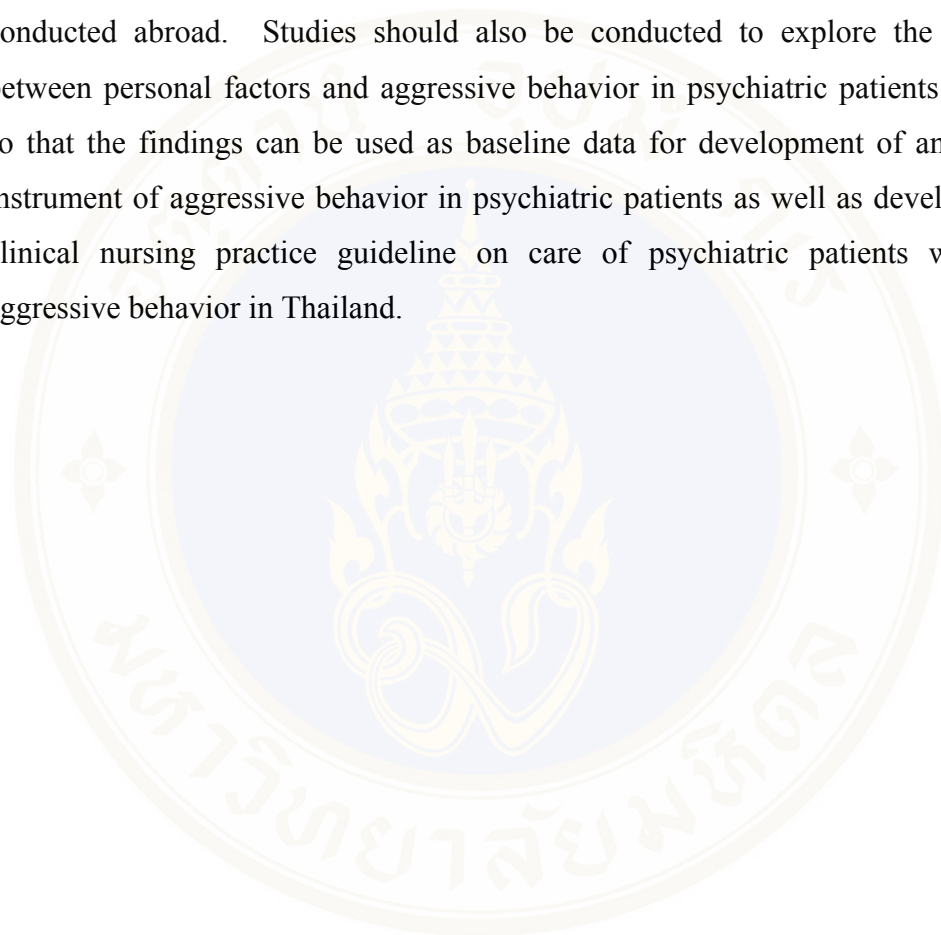
1.4 In all studies selected in the present study, the skills of the assessors were emphasized. Thus, nurses should realize that persons who conduct the assessment of aggressive behavior in psychiatric patients have to undergo training on how to use the instruments to ensure accuracy of the assessment. Of the 12 studies included in this study, there were five studies in which nurses were the persons who conducted assessment of aggressive behavior in psychiatric patients. As a result, nurses need to receive training on how to conduct assessments, particularly assessments of clinical symptoms so as to ensure effectiveness of provision of nursing care to patients with risks of aggressive behavior.

2. For nursing research

2.1 The study findings indicated that the existing findings on the relationship between some personal factors and aggressive behavior in psychiatric patients are not yet conclusive such as past history, history of substance abuse, and the male gender. For this reason, studies should be conducted to shed more light on the relationship between these factors and aggressive behavior in psychiatric patients.

2.2 In the present study, most of the subjects were adult psychiatric patients. Consequently, studies should be carried out to further investigate the relationship between personal factors and aggressive behavior in psychiatric patients in different age groups such as children, adolescents, and elderly persons.

2.3 The research studies selected in this study were all conducted abroad. Studies should also be conducted to explore the relationship between personal factors and aggressive behavior in psychiatric patients in Thailand so that the findings can be used as baseline data for development of an assessment instrument of aggressive behavior in psychiatric patients as well as development of a clinical nursing practice guideline on care of psychiatric patients with risk of aggressive behavior in Thailand.



รายการอ้างอิง

- กขพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- กลุ่มงานพัฒนาพฤตินิสัย. (ม.ป.ป.). สรุปรายงานการศึกษาปัญหาการทะเลาะวิวาทและการใช้ความรุนแรงของนักเรียนนักศึกษา. เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2552 จาก <http://www.djop.moj.go.th/arti2.htm>.
- กริชนรินทร์ นาคบุตร. (2551). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จามจุรี อุดรสาร. (2548). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชหญิงหอผู้ป่วยแรกรับหญิง 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่3). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ฉัฐวดี อรินทร์. (2553). คู่มือการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- ทัศนัย วงศ์สุวรรณ. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2547). แบบวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2547). มาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย (SAFE precaution). นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นออนงค์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2545). Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T). กรุงเทพฯ

- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2541). *การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2542). การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา Olanzapine ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทไทย. *สารศิริราช*, 5, 337-345.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2548). *Aggression and Violence*. เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2552 จาก http://www.rcpsych.org/cap/detail_article.php?news_id=52
- นภดล วาณิชชิต, ชลพร กองคำ และ กาญจนา สุทธิเนียม. (2549). โปรแกรมการค้นหาและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมหลบหนี. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 (น. 47-48). น้ำจืด กุลอ่อน. (2552). การสอนการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระ ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราชญ์ บุญวงค์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกุล และบารมี จรัสสิงห์ (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ภาวินี ธนบดีธรรมจารี. (2549). ผลของการใช้โปรแกรม V ที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, 158.
- มานิช หล่อตระกูล. (2539). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- วรุณา กลกิจโกวินท์ และ พิสาส์น เตชะเกษม. (2545). พฤติกรรมเกรและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา. *วชิรเวชสาร*, 46, 27-33
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (2543). *ยาบ้า มหันตภัยข้ามศหัสวรรษ*. กรุงเทพฯ: ธีระการพิมพ์.
- วัลลี ธรรมโกสิทธิ์. (2550). ความตรงของแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง: HCR-20. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15, 101-109.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MIMSE-THAI 2002. นนทบุรี: ซีจี พูล.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2528). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2546). *คู่มือจิตเวชและอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สวลี เปาโรหิตย์. (2550). การพัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุดสาคร จำนน. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์*. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา. (2548). *คู่มือ บทความเพื่อสุขภาพจิต*. เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2552 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=991>
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- ศิริพร ทুমเสน. (2547). *ผลของการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง. (2550). *การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนันต์ อุ่นแก้ว, กชพงศ์ สารการ และ ศักดา จำคม. (2543). *พฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. ในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 6.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- Abderhalden, C. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Broset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 422-427.
- Almvik, R. (2007). *Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist*. Retrieved August 3, 2007, from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/114078329/>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC; American Psychiatric Association.
- Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W., et al., (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 247-255.

- Anderson, T. R., Bell, C. C., Powell, T. E., Williamson, J. L., & Blount A. A. (2004). Assessing psychiatric patients for violence. *Community Mental Health Journal*, 40, 379-399.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P.C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal Psychiatry*, 15, 566-572.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice - Hall.
- Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). *Human aggression*. New York: Plenum Press.
- Beck, C. K., Rawlins, R. P., & Williams, R. (1988). *Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Berkowitz, L. (1964). Aggressive cue in aggressive behavior and hostility catharsis. *Psychological review*, 71, 104-122.
- Bernstein, H. A. (1981). Survey of threats and assaults directed towards psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 542-549.
- Bjorkqvist, K. (1994). Sex difference in physical, verbal and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Role*, 30, 177-188.
- Borum, R., Swartz, M., & Swanson, J. (1996). Assessing and managing violence risk in clinical practice. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 205-215.
- Bowie, C. R., Moriarty, P. J., Harvey, P. D., Parrella, M., White, L., & Davis, K. (2001). Aggression in elderly schizophrenia patients: A comparison of nursing home and state hospital residents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13, 357-366.
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal Psychiatry*, 158, 1871-1877.
- Burrow, S. (1994). Nurse-aid management of psychiatric emergencies. *British Journal of Nursing*, 3, 121-125.
- Cairns, E., & Dawes, A. (1996). Children: Ethnic and political violence—A commentary. *Child Development*, 67, 129-139.

- Castro, B. O. D., Veerman, J. W., Koops, W., Bosch, J. D., & Monshouwer, H. J. (2002). Hostile attribution of intent and aggressive behavior: A meta-analysis. *Child Development*, 73, 916-934.
- Cannel, H., & Hunter, M. (1991). Psychiatrists injured by patient attack. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 19, 309-316.
- Chang, J., & Lee, C. (2004). Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatric Service*, 55, 1305-1307.
- Chen, H., Hwu, H., & Williams, A. R. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 141-149.
- Cheung, P., Schweitzer, I., & Tuckwel, V. (1996). A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 257-262.
- Chou, K. R., Lu, R. B., & Mao, W. C. (2002). Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 187-195.
- Chiu, M., Chen, T., Yip, P., Hua, M., & Tang, L. (2006). Behavioral and psychological symptoms in different types of dementia. *Journal Formosan Medical Association*, 105, 556-562.
- Crowe, M. (2000). *Understand and treating violence psychiatric patients*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Crowner, M., Peric, G., Stepic, F., & Lee, S. (2005). Assailant and victim behaviors immediately preceding inpatient assault. *Psychiatric Quarterly*, 76, 243-256.
- Dabbs, J. M., Jurkovic, G. J., & Frady, R. L. (1991). Salivary testosterone and cortisol among late adolescent male offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 469-478.
- Davison, S. E. (2005). *The management of violence in general psychiatry*. Retrieved July 5, 2007, from <http://apt.rcpsych.org>
- Douglas, K. S., & Ogloff, J. R. (1997). Violence evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Service*, 54, 1372-1379.

- Douglas, K. S., & Ogloff, J. R. (2003). Violence by psychiatric patient: The impact of archival measurement source on violence base rates and risk assessment accuracy. *Canada Journal Psychiatry*, 48, 734 -740.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., & Chawky, N. (2005). Risk factor for suicide completion in major depression: A case control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal Psychiatry*, 162, 2166- 2124.
- Duncan, L. L. (1992). *Comprehensive Psychiatric Nursing*. Missouri: Mosby.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). *Relationship between multiple forms of childhood and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences*. Retrieved September12, 2008, from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/160/8/1453>.
- Farrington, D. P. (1998). *Youth violence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Flannery, R. B. (2007). Precipitants to psychiatric patient assaults: Review of findings, 2004-2006, with implications for EMS and other health care providers. *International Journal of Emergency Mental Health Services*, 9, 5-11.
- Fontaine, R. G., Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V.S., Bates, J. E., Pettit, G.S., et al., (2003). Peer rejection and social information-processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child Development*, 74, 374-393.
- Fujii, D. E., Tokioka, A. B., Lichton, A. I., & Hishinuma, E. (2005) Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients. *Psychiatric Service*, 56, 711-716.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Giggie, M.A., Olvera, R. L., & Joshi, M. N. (2007). Screening for risk factors associated with violence in pediatric patients presenting to a psychiatric emergency department. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 246-252.
- Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Pierluigi, Z., & Adello, V. (2001). Characteristics of violent behavior in acute psychiatric inpatient units: A five year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 273-279.

- Gunn, J., & Taylor, P. J. (1993.) *Forensic psychiatry: clinical, legal and ethical issues*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hanson, B. (1996). Workplace violence in the hospital psychiatric setting. An occupational health perspective. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 44, 575-780.
- Hamrin, V., Iennaco, J., & Olsen, D. (2009). A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: Implications for relational and unit cultural improvements. *Mental Health Nursing*, 30, 214-226.
- Hassiotis, A. A., & Hall, I. (2008). *Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No. : CD003406. DOI: 10.1002/14651858.CD003406.pub3
- Hersh, K., & Borum, R. (1998). Command hallucinations, compliance, and risk assessment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 26, 353-359.
- Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28, 1533-1554.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- James, D. V., Fineberg, N. A., Shah, A. K., & Priest, R. G. (1990). An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 156, 846-852.
- Johnson, B. S. (1997). *Adaptation and Growth: Psychiatric and mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott. Johnson, M. E. (2004). Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3, 113-121.
- Kaplan, M. S., & Geiling, O. (1998). Firearm suicides and homicides in the United States: Regional variations and patterns of gun ownership. *Special Science and Medicine*, 46, 1277-1233.
- Ketelsen, R., Zechert, C., & Driessen, M., (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 92- 99.

- Klassen, D., & O' Connor, W. A. (1988). A prospective study of predictors of violence in adult male mental health admissions. *Law and Human Behavior*, 12, 143-158.
- Krakowski, M. I., & Czobor, P. C. (1994). Clinical symptoms, neurological impairment, and the prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 700 - 705.
- Krakowski, M., Volavka, J., & Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 131-148.
- Krakowski, M., & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal Psychiatry*, 161, 459-465.
- Krug, E.G., Dahlberg, L. L, Mercy, A.J., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lewis, D. M. (2002). Responding to a violence incident: Physical restraint or anger management as therapeutic intervention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 9, 57-63.
- Licata, A., Taylor, S., Berman, M., & Cranston, J. (1993). Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 45, 549-552.
- Longman Dictionary. (2010). *Longman dictionary of contemporary English*. Retrieved May 11, 2010, from <http://www.ldoceonline.com/dictionary/>
- Lynch, M.D., & Noel, C.H. (2010). Integrating DSM-IV factors to predict violence in high-risk psychiatric patients. *Journal of Forensic Science*, 55, 121-126.
- MacArthur Foundation. (2001). *The MacArthur violence risk assessment study executive summary*. Retrieved August 11, 2008, from <http://macarthur.virginia.edu/risk.html>
- Mendes, D. D., Mari, J., Singer, M., Barros, G. M., & Mello, A. F. (2009). Study review of the biological, social and environmental factors associated with aggressive behavior. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, 77-85.
- McNiel, D.E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services*, 15, 1288-1292.
- Miller, R. (1991). Hitting back. *Nursing time*, 87, 56-58.

- Milton, J. (2001). Aggressive incident in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 433-440.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Mullen, P.E. (2006). Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advance in Psychiatric Treatment*, 12, 239-248.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfen, R. J. G., Fischer, J.E., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 283-296.
- Olofsson, B., & Jacobson, L. (2001). A plea for respect: Involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 357-366.
- Omerov, M., Edman, G., & Wistedt, B. (2002). Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 207-213.
- Otto, R. (2000). Assessing and managing violence risk in out patient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 823-832
- Owen, C, Tarantello, C., Jones, M., & Tennant, C. (1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Service*, 49, 1452-1457.
- Palmstierna, T., & Wistedt, B. (1987) Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
- Powell, G., Caan, W., & Crowe, M. (1994). What events precede violent incidents in psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 165, 107-112.
- Quanbeck, C. D., McDermott, B. E., Lam, J., Eisenstark, H., Sokolov, G., & Scott C. L. (2007). Categorization of aggressive Acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric Service*, 58, 521-528.
- Rajesh, G. S., & Day, E. (2005). Aggression in drug-dependent in-patients. *Psychiatric Bulletin*, 29, 141-143.
- Rao, H., Luty, J., & Trathen, B. (2007). Characteristics of patients who are violent to staff and towards other people from a community mental health service in South East England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 753-757.

- Rickelman, B. L. (2003). *The client who display angry, aggressive, or violent behavior: Johnson's Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Satterfield, J. H., Hoppe, C., & Schell, A. (1982). A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention-deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry*, 139, 795-798.
- Scott, C. L., & Remich, P. J. (2006). *Violence risk assessment in persons with mental illness*. Retrieved April 09, 2009, from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1359178906000279>
- Soliman, A. E., & Reza, H. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric service*, 52, 75-80.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J. R., Pamela, C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Steinert, T., Wiebe, C., & Gebhardt, R.P. (1999). Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatric Service*, 50, 85-90.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, Q., & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 31-44.
- Straus, M. A., & Smith R. J. (1990). *Family patterns and child abuse. Physical violence in American families; Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ; Transaction Publusher. Svindseth, M. F., Nøttestad, J. A., Wallin, J., Roaldset, J. O., & Dahl, A. A. (2008). Narcissism in patients admitted to psychiatric acute wards: its relation to violence, suicidality and other psychopathology. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 151-159.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Borum, R. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.
- Swogger, T. M., Conner, R. K., Meldrum, C. S., & Caine, D. E. (2009). Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious behavior. *Journal of Personality Disorders*, 23, 201-210.

- Tam, E., Eagleman, F., & Fugere, R. (1996). Pattern of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric faculty. *Psychiatric Service*, 47, 86-87.
- Tardiff, K., Marzuk, P., Leon, A., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence by patient admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 154, 88- 93.
- Tardiff, K. (1998). Prediction of violence in patients. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*, 4, 12-19.
- Tardiff, K., & Sweillam, A. (1980). Assault, suicide, and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 37, 164-169.
- Teasdale, B., Silver, B., & Monahan, J. (2006). Gender, threat/control-override delusions and violence. *American Psychological Association*, 41, 649-658.
- Turnbull, J., & Paterson, B. (1999). *Aggressive and violence: Approaches to effective management*. London, England: Macmillan Press Ltd.
- Vanderslot, J. (1998). A study of incident of violence towards staff by patient in an NHS Trust hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 291-298.
- Videbeck, S. L. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- Volavka, J. (1995). *Neurobiology of violence*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Warchol, G. (1998). *Workplace Violence 1992–1996*. Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ 168634. US Department of Justice, Washington, DC.
- Webster, C.D., & Hucker, S. J. (2007). *Violence risk assessment and management*. NJ: John Willey & Son.
- Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A., Cutting, J., Everitt, B., & Garety, P. (1993). Acting on delusions: Prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163, 69-76.
- Wessely, S., Castle, D., Douglas, A., & Taylor, P. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychology Medicine*, 24, 483-502.
- Whittington, R., & Wykes, T. (1994). Violence in psychiatric hospitals: Are certain staff prone to being assaulted? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 219–225.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: World Health Organization.
- Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The Overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American journal of Psychiatry*, 143, 35-39.
- Zimring, F. E. (1991). Firearms, violence, and public policy. *Scientific American*, 265, 48-54.



ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

เรื่องที่ 1	The Relationship Between Command Hallucinations and Violence
ผู้แต่ง/ปี	McNiel, Eisner, & Binder (2000)
แหล่งตีพิมพ์	Psychiatric Service, 51 ,2000, 1288-1292.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ในโรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 1995 ถึงเดือน มิถุนายน 1996 จำนวน 103 ราย (ชาย 61 ราย หญิง 42 ราย) เกณฑ์คัดออกมีดังต่อไปนี้ - อายุน้อยกว่า 18 ปี - เข้ารักษาตัวมาแล้วไม่เกิน 4 วัน - ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม (dementia) - ไม่สามารถอ่านเขียนด้วยภาษาอังกฤษ
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ	-พฤติกรรมก้าวร้าว
วิธีการประเมินผล	แบบประเมิน : MacArthur Community Violence Instrument เป็นแบบประเมินโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมิน : แพทย์ (ผู้วิจัย) วิธีการประเมิน : วัดพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อบุคคลอื่น หรือการใช้

ตารางสรุปผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	อายุข่มขู่ ในช่วง 2 เดือน
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	ตัวแปรอิสระ -อาการประสาทหลอน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่มีหัวข้อคำถามเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนในปีที่ผ่านมา ซึ่งมีหัวข้อเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนแบบต่าง ๆ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และมีหัวข้ออาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม และการกระทำตามที่อาการประสาทหลอนทางหูสั่ง เป็นแบบประเมินชนิด rating scale ชนิด 5 ช่วงคะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่พบเลย และ 4 หมายถึง พบบ่อย ส่วนการกระทำตามที่อาการประสาทหลอนทางหูสั่ง ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ทำตามร่วมด้วย ผู้ประเมิน : กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง วิธีการประเมิน : ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม (พบ 31 ราย และทำตามที่เสียงสั่ง 23 ราย) และไม่มีอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม (25 ราย) -อาการทางจิต แบบประเมิน : The Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI) ประกอบด้วย 13 หัวข้อคำถาม เกี่ยวกับอาการทางบวก เช่น หลงผิดว่าตนถูกควบคุมความคิด ถูกนำความคิดมาใส่ ความคิดหวาดระแวง หลงผิดว่าคนอื่นสามารถควบคุมความคิดของตน และหลงผิดว่าถูกเอาความคิดของตนไป เป็นแบบประเมินชนิด rating scale 5 ช่วงคะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่พบ และ 4 หมายถึง พบบ่อย

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	ผู้ประเมิน : กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง -ข้อมูลส่วนบุคคล : ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย -การวินิจฉัยโรค : ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV
ผลการศึกษา	การเปรียบเทียบการมีพฤติกรรมก้าวร้าว ของกลุ่มตัวอย่าง ในตัวแปรต่าง ๆ ได้ผล ดังนี้ 1. อาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม : พบว่ากลุ่มที่มีอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการประสาทหลอนทางหูชนิดสั่งให้ทำตาม 2 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2. อาการทางจิต : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนด้านอาการทางจิตสูง มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนด้านอาการทางจิตต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3. สารเสพติด : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าว มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$) 4. เพศ : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$) 5. อายุ : ไม่พบความแตกต่างของการมีพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มอายุ

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

เรื่องที่ 2	Aggression in Elderly Schizophrenia Patients: A Comparison of Nursing Home and State Hospital Residents
ผู้แต่ง/ปี	Bowie C. R., Moriarty P. J., Harvey P.D., Parrella M., White L., & Davis. K. L. (2001)
แหล่งตีพิมพ์	Journal Neuropsychiatry Clinic Neuroscience, 13, 151-159.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	บ้านพักคนชราของทางรัฐบาล และ จากโรงพยาบาลทหารผ่านศึก นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 170 ราย (ชาย 82 ราย หญิง 88 ราย) โดยมาจาก บ้านพักคนชราของทางรัฐบาล 113 ราย (ชาย 35 ราย หญิง 78 ราย) และ จากโรงพยาบาลทหารผ่านศึก 56 ราย (ชาย 46 ราย หญิง 10 ราย) ซึ่งเป็น ผู้ที่เคยได้ร่วมการศึกษาเกี่ยวกับการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเรื้อรัง เกณฑ์คัดออก : เป็นผู้ป่วยที่ยังอยู่ระหว่างการรักษาอาการชัก, เคยได้รับ อุบัติเหตุเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง,เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด มีการบาดเจ็บทางศีรษะ เคยหมดความรู้สึกตัว ป่วยด้วย โรคทางสมองหรือปัญญาอ่อน หรือประเมินด้วย Clinical Dementia Rating (CDR) มีคะแนนมากกว่า 3 (ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยไม่มีความ เข้าใจทางด้านภาษา จำคนใกล้ชิดไม่ได้ เป็นผู้ป่วยที่นอนติดกับเตียง หรือ สื่อสารไม่ได้) หรือพบการสูญเสียด้านการรู้คิดเฉียบพลัน ในช่วงปีที่ผ่านมา

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	- พฤติกรรมก้าวร้าว เครื่องมือที่ใช้ประเมิน : Overt Aggression Scale (OAS) ผู้ประเมิน : แพทย์ (ผู้วิจัย) วิธีการประเมิน : ทำการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จากการสัมภาษณ์ ครอบครัวของผู้ป่วย หรือบุคลากร เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของ ผู้ป่วย ทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อ สิ่งของ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อตนเอง และพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกายต่อบุคคลอื่น ตัวแปรอิสระ - ความรุนแรงของโรคจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ประเมิน : Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินจากอาการทางบวก อาการทางลบ และอาการทางจิตทั่วไป ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ประเมิน : แพทย์ (ผู้วิจัย) วิธีการประเมิน : ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินซึ่งมีทั้งหมด 30 ข้อ (อาการทางบวก 7 ข้อ อาการทางลบ 7 ข้อ และ อาการทางจิต ทั่วไป 16 ข้อ) - ด้านการรับรู้ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน : The Mini-Mental State Examination (MMSE)

ตารางสรุปผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	หรือแบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ
ผู้ประเมิน และ	ผู้ประเมิน : แพทย์ (ผู้วิจัย)
วิธีการประเมินผล (ต่อ)	วิธีการประเมิน : ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินซึ่งมีช่วงคะแนน 0-30 คะแนน ประเมินในด้าน การจดจำ (registration) registration ความจำ (memory) กาลเวลาสถานที่ (orientation) การฝึกความคิด (praxis) และทักษะการพูดเช่นการเรียกชื่อสิ่งของ -การรู้คิดและความจำ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน : Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease Neuropsychological Battery (CERAD Cognitive Battery) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำหรือไม่ เนื่องจากอาการของความผิดปกติทางด้านการรู้คิดและความจำจะมีส่วนที่คล้ายกับอาการทางจิต ผู้ประเมิน : ผู้วิจัย วิธีการประเมิน : ประเมินใน 5 หัวข้อดังนี้ 1. Word List Learning ระบุคำพูดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย ฝึกจดจำ และให้ผู้ป่วยทำ Praxis drawing 2. Praxis drawing ให้อาภาพ วงกลม เพชร สี่เหลี่ยมซ้อนกัน และลูกบาศก์ 3. delayed recall ให้ผู้ป่วยนึกถึงคำในขั้นตอน Word List Learning และตอบเป็นคำพูด 4. Modified boston Naming test ทดสอบทำการวาดเส้น 15 เส้น แล้วถามถึงภาพที่ปรากฏ ซึ่งเป็นภาพเกี่ยวกับวัตถุต่าง ๆ ประกอบด้วย 5 ชนิดเป็นคำในภาษาอังกฤษที่ใช้บ่อย 5 ชนิดเป็นคำในภาษาอังกฤษที่ใช้บ่อยปานกลาง และ 5 ชนิดเป็นคำ

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ในภาษาอังกฤษที่ใช้น้อย
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	5. Category Fluency – ใช้การให้เรียกชื่อสัตว์ต่าง ๆ ภายใน 1 นาที -ทักษะการปรับตัวทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ประเมิน : Social Adaptive Functioning Evaluation (SAFE) เป็นแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ผู้ประเมิน : ผู้วิจัย วิธีการประเมิน : แบบประเมินมี 17 ข้อ วัดด้านสังคมระหว่างบุคคล (social-interpersonal) ทักษะการใช้เครื่องมือต่าง ๆ (instrumental) และ การขาดการควบคุมการถูกระงับ (impulse-control deficits) โดยทำหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล และจากการอ่านแฟ้มประวัติ
ผลการศึกษา	ทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจากบ้านพักคนชรา และ จากโรงพยาบาล ได้ผลดังนี้ ผู้ป่วยจากบ้านพักคนชรา 1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และอาการทางบวก มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และคะแนน SAFE มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กัน

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 4. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และอาการทางลบ ไม่พบความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และอาการทางจิตทั่วไป ไม่พบ ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และคะแนนด้านการควบคุมการถูกระงับ (impulse-control) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และด้านการรับรู้ (Cognitive composite) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 8. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และอาการทางบวก มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 9. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กัน อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 10. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และอาการทางจิตทั่วไป มีความสัมพันธ์ กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 11. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และคะแนน SAFE มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	12. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
	13. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และคะแนนด้านการควบคุมการถูกระงับ (impulse-control) มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
	14. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และด้านการรับรู้ (Cognitive composite) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 3	Risk Factors and Correlates of Violence Among Acutely Ill Adult Psychiatric Inpatients
ผู้แต่ง/ปี	Soliman & Reza (2001)
แหล่งตีพิมพ์	Psychiatric Service, 52, 75-80.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หอผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลทั่วไป เมือง Dartford สหราชอาณาจักร
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วย 474 รายที่รับการรักษาโดยมาจากแผนกฉุกเฉิน หรือ แผนก ผู้ป่วยนอก หรือส่งมาจากหน่วยจิตเวชชุมชนในบริเวณเมือง Dartford สหราชอาณาจักร
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	- พฤติกรรมก้าวร้าว มีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเครื่องมือต่างๆ ดังนี้ 1. แบบบันทึกอุบัติการณ์ : เป็นแบบบันทึกอุบัติการณ์ที่ใช้อยู่เดิม ใน โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผู้ประเมิน : พยาบาลประจำหน่วยงาน วิธีการประเมิน : ดึงข้อมูลของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เป็นการ กระทำต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ที่เกิดขึ้นระหว่าง 1 เมษายน 1997 ถึง 31 มีนาคม 1998 2. Staff Observation Scale : โดยแบ่งเป็นระดับความรุนแรงของ พฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้ 1 st degree หมายถึง การมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ โดยที่สิ่งของ ไม่ได้รับความเสียหาย และยังสามารถใช้ได้ อาจมีบุคคลรู้สึกเจ็บ แต่ไม่

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	เกิดบาดแผล
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	2nd degree หมายถึง การมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ ทำให้เกิดความเสียหาย สิ่งของไม่สามารถใช้ได้ มีบุคคลได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่ ต้องทำการรักษา เช่น มีรอยขีดข่วน 3rd degree หมายถึง การมีพฤติกรรมก้าวร้าวจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ ต่อบุคคล โดยต้องให้การรักษา ผู้ประเมิน : ผู้วิจัย วิธีการประเมิน : เก็บข้อมูล วัน เวลา สถานที่ รายละเอียดของการเกิด เหตุการณ์ ผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และระดับความรุนแรง
ตัวแปรอิสระ	ปัจจัยส่วนบุคคล
	ผู้ประเมิน : ผู้วิจัย วิธีการประเมิน : เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ มีปัจจัยส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้ - ปัจจัยด้าน โรคและอาการทางคลินิก 1. Schizophrenia : 2. Depressive disorder 3. Schizoaffective disorder, depressive 4. Schizoaffective disorder, manic 5. Bipolar affective disorder, depressive : 6. Bipolar affective disorder, manic 7. Substance use or dependence 8. Personality 9. โรคอื่นๆ เช่น วิตกกังวลระดับเล็กน้อย และซึมเศร้า (mixed anxiety and depression) การเกิดอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute

ตารางสรุปผลการคัดกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	psychotic episode) โรคกลัวอ้วน (anorexia nervosa) โรคเพ้อ
ผู้ประเมิน และ	(delirium)
วิธีการประเมินผล	10. ป่วยด้วยหลายโรค (Comorbid diagnosis)
(ต่อ)	11. โรคบุคลิกภาพบกพร่อง
	11.1 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท
	11.2 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และป่วยด้วยโรคจิตเภท
	11.3 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และ ติดสารเสพติด และป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท
	11.4 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และติดสารเสพติด และป่วยด้วยโรคจิตเภท
	11.5 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และ ติด/ใช้ แอลกอฮอล์ และป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท
	11.6 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และ ติด/ใช้ แอลกอฮอล์ และป่วยด้วยโรคจิตเภท
	11.7 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และ ไม่ได้ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดใดๆ เลย ที่ป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท
	11.8 โรคบุคลิกภาพบกพร่อง และ ไม่ได้ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดใดๆ เลย ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท
	- ปัจจัยด้านการรักษาตัว
	12. ถูกบังคับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Compulsory admission)
	13. สาเหตุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล(Cause of admission)
	13.1 จากพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior)
	13.2 จากพฤติกรรมเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย(Suicidal intention or behavior)
	13.3 จากอาการทางจิต (Psychotic symptoms)

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	13.4 จากสาเหตุอื่น (Other) เช่นการแสดงอารมณ์น้อย (low mood) อาการอยู่ไม่นิ่ง (agitation) พฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre and disinhibited behavior) การไม่สนใจตัวเอง (self-neglect) การไม่สามารถเผชิญปัญหา (inability to cope) - ปัจจัยด้านประวัติในอดีต 14. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว (History of violence) 15. มีประวัติพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (History of self-harm) 16. มีประวัติการติดแอลกอฮอล์ (History of alcohol abuse or Dependence) 17. มีประวัติการติดสารอื่นที่ไม่ใช่ แอลกอฮอล์ (History of nonalcohol substance use or dependence) - ปัจจัยด้านการใช้ยา 18. ได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิดโดยเป็นยาในประเภทเดียวกัน (Receiving more than one medication from the same medication class) 19. ได้รับการบำบัดเสริม (Receiving augmentation therapy) 20. ได้รับยา p.r.n ในกลุ่ม antipsychotic (Receiving p.r.n. antipsychotic medications) 21. ได้รับยา p.r.n ในกลุ่ม benzodiazepines (Receiving p.r.n. benzodiazepines)
ผลการศึกษา	ทำการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว ผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ผลดังนี้ - ปัจจัยด้านโรคและอาการทางคลินิก 1. Schizophrenia : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 2. Depressive disorder : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา

**ตารางสรุปผลการถักนกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	3. Schizoaffective disorder, depressive : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 4. Schizoaffective disorder, manic : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 5. Bipolar affective disorder, depressive : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 6. Bipolar affective disorder, manic : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 7. Substance use or dependence : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 8. Personality disorder : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 9. โรคอื่น ๆ : ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบ 10. ป่วยด้วยโรคหลายโรค (Comorbid diagnosis): พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.004$) 11. โรคบุคลิกภาพแปรปรวน 11.1 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 11.2 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และป่วยด้วยโรคจิตเภท : ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบ 11.3 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และ ดิสซาร์เซฟติก และป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	11.4 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และติดสารเสพติด และป่วยด้วยโรคจิตเภท : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 11.5 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และ ติด/ใช้ แอลกอฮอล์ และป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 11.6 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และ ติด/ใช้ แอลกอฮอล์ และป่วยด้วยโรคจิตเภท : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 11.7 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และ ไม่ได้ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดใด ๆ เลย ที่ ป่วยด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 11.8 โรคบุคลิกภาพแปรปรวน และ ไม่ได้ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดใด ๆ เลย ที่ ป่วยด้วยโรคจิตเภท : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา - ปัจจัยด้านการรักษาตัว 12. ถูกบังคับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Compulsory admission) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 13. สาเหตุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล (Cause of admission) 13.1 จากพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 13.2 จากพฤติกรรมเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย (Suicidal intention or behavior) : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	13.3 จากอาการทางจิต (Psychotic symptoms) : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษา 13.4 จากสาเหตุอื่น (Other) : ไม่ได้เปรียบเทียบ - ปัจจัยด้านประวัติในอดีต 14. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว (History of violence) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 15. มีประวัติพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (History of self-harm) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) 16. มีประวัติการติดแอลกอฮอล์ (History of alcohol abuse or Dependence) : ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่ทำการศึกษา 17. มีประวัติการติดสารอื่นที่ไม่ใช่ แอลกอฮอล์ (History of nonalcohol substance use or dependence) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) - ปัจจัยด้านการรักษา 18. ได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิดโดยเป็นยาในประเภทเดียวกัน (Receiving more than one medication from the same medication class) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 19. ได้รับการบำบัดเสริม (Receiving augmentation therapy) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	20. ได้รับยา p.r.n ในกลุ่ม antipsychotic (Receiving p.r.n. antipsychotic medications): พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 21. ได้รับยา p.r.n ในกลุ่ม benzodiazepines (Receiving p.r.n. benzodiazepines) : พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 4

Gender Differences in Violent Behaviors: Relationship
to Clinical Symptoms and Psychosocial Factors

ผู้แต่ง/ปี

Krakowski & Czobor (2004)

แหล่งตีพิมพ์

American Journal Psychiatry, 161(3), 459 – 465.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หอผู้ป่วยจิตเวช ใน 2 โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐบาล ประเทศ สหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 189 ราย เป็นเพศหญิง 64 ราย เป็นเพศชาย 125 ราย เป็นชนผิวดำ 55 ราย (ชาย 32 ราย หญิง 23 ราย) เป็น African- American 125 ราย (ชาย 97 ราย หญิง 28 ราย) เป็น Hispanic 40 ราย (ชาย 24 ราย หญิง 16 ราย) และชนชาติอื่น 2 ราย (ชายทั้ง 2 ราย) โดยมี ระยะเวลาทำการศึกษาทั้งสิ้น 4 ปี เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้ - เป็นผู้ป่วยอายุ 18-55 ปี - ที่วินิจฉัยโดย DSM-III –R ว่าเป็น โรคจิตเภท, โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder) หรือ โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) - มีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วงสองเดือนแรกของการอยู่โรงพยาบาล อย่าง น้อย 1 ครั้ง เกณฑ์คัดออก : ผู้ป่วยด้วยโรคทางสมองหรือปัญญาอ่อน

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	-พฤติกรรมก้าวร้าว : ในการศึกษาถึงพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ทำการศึกษาโดยการแบ่งช่วงการศึกษาออกเป็นสองช่วง คือช่วงต้น หมายถึง ช่วงตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง 10 วัน และช่วงหลัง คือช่วงหลังจากวันที่ 18 ที่เข้ารับรักษาตัวไปแล้ว โดยมีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้ 1. รายงานหอผู้ป่วยรายวัน , แฟ้มผู้ป่วย และการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ประเมิน : พยาบาล วิธีการประเมิน : ทำการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จากรายงานหอผู้ป่วยรายวัน , แฟ้มผู้ป่วย และการสัมภาษณ์บุคลากรในช่วงที่เกิดเหตุการณ์ 2. แบบประเมิน Modified Overt Aggression Scale ผู้ประเมิน : ผู้ที่ได้รับการอบรมมาก่อนทำการศึกษาวิจัย 3 คน เป็นแบบประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ให้คะแนนตามระดับการบาดเจ็บที่เป็นผลของพฤติกรรมก้าวร้าว และประเมินถึงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (รวมไปถึงการสาบแช่ง, คุกคาม) และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย วิธีการประเมิน : หลังจากทำการประเมินจากรายงานหอผู้ป่วยรายวัน, แฟ้มผู้ป่วย และการสัมภาษณ์บุคลากร

ตารางสรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรอิสระ
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	อาการทางคลินิก 1. อาการทางจิตเวช แบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบ ประเมินอาการทางจิต ซึ่งในหัวข้อมีการประเมินอาการทางจิต ทั้ง อาการทางบวก (อาการทางจิต, ความคิดที่มารบกวน , การกระทำ และความไม่เป็นมิตร) และอาการทางลบ ทำการประเมินโดยไม่ให้ ผู้ป่วยรู้ตัว ผู้ประเมิน : แพทย์ 2 คน วิธีการประเมิน : ประเมินเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวครั้งแรก ภายใน 3 วันและจะทำแบบประเมินนี้ซ้ำ เมื่อสิ้นสุด ช่วง 4 สัปดาห์ 2. พฤติกรรมในหอผู้ป่วย (ward behavior) แบบประเมิน Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) ในการศึกษาี้ เลือกหัวข้อหลัก 3 หัวข้อ ที่ไม่ซ้ำซ้อนกับ แบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ได้แก่ พฤติกรรมรบกวนผู้อื่น (Irritability) พฤติกรรมด้านกิจกรรมประจำวัน (Routine) และพฤติกรรมด้านสังคม (Social) เพื่อดูความสามารถในการ อดทนอดกลั้น การสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและอยู่ในกฎข้อบังคับในหอ ผู้ป่วย และการเข้าสังคม การใช้แบบประเมิน ผู้ประเมิน : พยาบาล

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	วิธีการประเมิน : ประเมินเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวครั้งแรกภายใน 3 วันและจะทำแบบประเมินนี้ซ้ำ เมื่อสิ้นสุดช่วง 4 สัปดาห์ 3. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, , ประวัติส่วนบุคคล
ผลการศึกษา	จากการทำการศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างเพศถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ผลการศึกษาดังนี้ 1. เพศ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา : พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา ($p < 0.001$) ทั้งช่วงต้นและช่วงปลาย พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย : พบเพศหญิงมีความก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศชายในช่วงการศึกษา ($p = 0.06$) ซึ่งในเพศหญิงนั้น เริ่มแรกมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบเพศหญิงมีการลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลาที่ทำการศึกษา ($p < 0.05$) 2. อาการทางคลินิก -พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย : การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยอ้างอิงจาก

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา(ต่อ)	คะแนนแบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) แล้วพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.02$ -พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา :พบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยมีอาการทางบวก จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าการมีอาการทางลบ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และเมื่ออาการทางจิตเวชลดลง ความก้าวร้าวจะลดลงเช่นกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ -พฤติกรรมในหอผู้ป่วย (ward behavior) จากการใช้แบบประเมิน Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) พบว่าพบว่าหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับกิจกรรมในหอผู้ป่วย จะมีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อย และในทางตรงกันข้าม หากให้ความร่วมมือกับกิจกรรมในหอผู้ป่วยน้อย จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ 3. ประวัติส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่า ประวัติการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกรี้ยวกราด โรงเรียน และลักขโมย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.04, 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ ซึ่งในรายละเอียดของข้อมูล พบว่ามีผู้ป่วย 6 ราย เคยพยายามฆ่าตัวต่อนมาก่อน

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 5	Aggression in drug-dependent in-patients
ผู้แต่ง/ปี	Rajesh & Day (2005)
แหล่งตีพิมพ์	Psychiatric Bulletin , 29, 141- 143.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	สถาบันบำบัดอาการติดยาและสิ่งเสพติด ในเขต West midlands ประเทศอังกฤษ
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 165 ราย เป็นเพศชาย 121 ราย (73%) เพศหญิง 44 ราย (27 %) อายุน้อยกว่า 50 ปี 89 % มากกว่า 50 ปี 11 % เป็นชนผิวขาว 137 ราย (83 %) ชนชาติอื่น 28 ราย (17 %) ว่างาน 90 % ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวเข้ารับการบำบัดอาการติดยาและสิ่งเสพติด ใน Addictive Behaviours Centre เขต West midlands แบบผู้ป่วยใน เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้ - เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายและทางวาจาต่อบุคคลอื่น, บุคลากร หรือสิ่งของในช่วง เมษายน 1999 ถึง มีนาคม 2000 เกณฑ์คัดออก : ไม่มี
ตัวแปรที่ศึกษา	การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อ
ผู้ประเมิน และ	ทบทวนปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วงเดือนเมษายน 1999 ถึง มีนาคม
วิธีการประเมินผล	2000 และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่เข้าเกณฑ์จะถูกนำเข้าการศึกษาตั้งแต่แรกเริ่ม และทำการวิเคราะห์แฟ้มประวัติ

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	ตัวแปรตาม พฤติกรรมก้าวร้าว : ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 1999 ถึง มีนาคม 2000 โดยทำการวิเคราะห์จากแบบฟอร์ม และรวบรวมจากบันทึกอาการเพื่อระบุในส่วนที่ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ (ซึ่งให้ความหมายของคำว่าอุบัติการณ์ไว้ว่า เป็นการกระทำทางกายหรือวาจา ต่อผู้ป่วยอื่น, บุคลากร หรือสิ่งของ) และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ แยกกลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายเพื่อติดตามความก้าวหน้าของอาการ โดยกำหนดความรุนแรง 6 ลำดับดังนี้ 1. มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาเพียงอย่างเดียว 2. มีพฤติกรรมก้าวร้าวจนอาจพบความเสียหายบ้างแต่ไม่พบบาดเจ็บ 3. มีพฤติกรรมก้าวร้าวจนมีร่องรอยทางกาย อาจแค่ ผลักหรือ ดึง 4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวจนมีบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ข่วนหรือตบ 5. มีพฤติกรรมก้าวร้าวจนบาดเจ็บระดับปานกลาง เช่น ต่อย ถีบ หรือกัด 6. มีพฤติกรรมก้าวร้าวจนมีการบาดเจ็บทางกาย เป็นการทำร้ายร่างกาย ตัวแปรอิสระ ในส่วนของตัวแปรอิสระ ทำการศึกษาถึงตัวแปรแต่ละตัวเพื่อเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1. อายุ

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	2. เพศ
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	3. เชื้อชาติ : เปรียบเทียบระหว่างชนผิวขาว กับชนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ผิวขาว 4. การวินิจฉัยหลัก : เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด ได้แก่ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดหลายชนิด, ติดฝิ่น, ติดแอลกอฮอล์ และติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ จากแฟ้มประวัติ 5. การวินิจฉัยร่วม : เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นหรือไม่ โดยใช้การวินิจฉัยแบบ ICD-10 classification system (1992) เช่น โรคทางจิต 6. ประวัติทางคดีความ 7. ประวัติการมีพฤติกรรมก้าวร้าว
ผลการศึกษา	เมื่อทำการศึกษาดังตัวแปรแต่ละตัวเพื่อเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและ กำหนดค่า <0.05 จึง จะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ ได้ผลการศึกษาดังนี้ 1. อายุ : พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีความสำคัญทางสถิติ ที่ $p = 0.029$ 2. เพศ : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	3. เชื้อชาติ : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 4. การวินิจฉัยหลัก (ติดสารเสพติด) พบว่า - ผู้ที่ใช้สารเสพติดหลายชนิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว มากกว่าผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดแบบอื่น ๆ ($p=0.006$) - กลุ่มที่ใช้สุรา พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) และเป็นสารเสพติดชนิดที่ถูกใช้มากที่สุด(54%) - พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีระยะเวลาการใช้สารเสพติดสั้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ($p=0.029$) 5. การวินิจฉัยร่วม : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6. ประวัติทางคดีความ : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากประวัติพบว่า 2 ใน 3 มีประวัติทางนิติจิตเวช) 7. ประวัติการมีพฤติกรรมก้าวร้าว : พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะเคยมีประวัติก้าวร้าวมาก่อน ($p=0.047$)

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 6	Gender, Threat/Control-Override Delusions and Violence
ผู้แต่ง/ปี	Teasdale, Silver, & Monahan (2006)
แหล่งตีพิมพ์	American Psychological Association, 41, 649-658.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	สถานที่บำบัดทางจิต 3 แห่ง คือ Pittsburgh, PA, Worchester, MA, และ Kansas City, MO ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของ MacArthur Violence Risk Assessment study ที่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว จำนวนทั้งสิ้น 902 ราย สุ่มตัวอย่างแยกตาม เพศ เชื้อชาติ อายุ เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้ - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท, ซึมเศร้า , อาการเพ้อคลั่ง (Manic disorder) และ อาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance induce Psychosis) เกณฑ์คัดออก : ไม่มี

**ตารางสรุปผลการคัดกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	พฤติกรรมก้าวร้าว : ประเมินความก้าวร้าวโดยการทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นทุก 10 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง โดยประเมินว่าพบพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ประเภท ดังต่อไปนี้หรือไม่ 1. มีการทำให้เกิดการบาดเจ็บทางกาย หรือมีการใช้อาวุธ 2. มีการพยายามทำร้ายโดยการใช้อาวุธในมือ 3. มีการคุกคามทางเพศ หากพบความก้าวร้าวอย่างใดอย่างหนึ่ง จะถูกระบุว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวแปรอิสระ 1.เพศ : เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 2.ภาวะหลงผิด : ประเมินโดยใช้ Diagnostic Interview Schedule (DIS) และวินิจฉัยตามแบบของ DSM Criteria ว่ามีภาวะหลงผิดหรือไม่ ถ้าพบภาวะหลงผิด จะทำการประเมินต่อโดยใช้ MacArthur-Maudsley Assessment of Delusions Schedule ที่ประกอบด้วยหัวข้อของ ด้านเจตนา (conviction) การมีอารมณ์ด้านลบ (negative affect) ด้านพฤติกรรมที่มาจากความเชื่อ (acting on belief) ด้านการงดเว้นอันเนื่องมาจากความเชื่อ (refraining from acting because of belief) ด้านความสนใจในบางสิ่งมากกว่าปกติ (preoccupation) และ ความผิดปกติบิดเบือน (pervasiveness) และมีการบันทึกเนื้อหาใจความที่หลงผิดนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	1. Threat Delusion หมายถึง ภาวะหลงผิดของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อการทำร้าย หรือจงใจฆ่าผู้อื่น ซึ่งรวมไปถึงความคิดว่ามีผู้สะกดรอยตาม คิดว่าตนอยู่ในการทดลองลับ หรือมีผู้จงใจทำร้ายตนเอง 2. Control - Override Delusion หมายถึง หากภาวะหลงผิดมีเนื้อหาเกี่ยวกับการคิดว่ามีคนมาบังคับจิตใจ หรือล่วงรู้ความคิดตน เช่น คิดว่า มีคนสั่งบังคับตน หรือขโมยความคิดของตนไป หรือได้รับการส่งความคิดจากโทรทัศน์หรือมีคนส่ง Laser หรือ พลังจิต
ผลการศึกษา	1. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมก้าวร้าว : พบว่าเพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะหลงผิดแบบ Threat Delusion : พบว่าหากเพศชายที่มีภาวะหลงผิดแบบ Threat Delusion จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มากกว่า เพศหญิงที่มีภาวะหลงผิดแบบ Threat Delusion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีภาวะหลงผิดแบบ Threat Delusion กับไม่มีภาวะหลงผิด : ในเพศชายพบว่าบุคคลที่มีภาวะหลงผิดแบบ Threat Delusion มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า บุคคลที่ไม่มีภาวะหลงผิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ แต่ในเพศหญิงพบว่า บุคคลที่มีภาวะหลงผิดแบบ Threat Delusion มีพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่า บุคคลที่ไม่มีภาวะหลงผิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 7	Characteristics of patients who are violent to staff and towards other people from a community mental health service in South East England
ผู้แต่ง/ปี	Rao, Luty, & Trathen (2007)
แหล่งตีพิมพ์	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 753–757.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หน่วยบริการจิตเวชชุมชน 5 แห่ง (CMHT), ศูนย์บริการด้านแอลกอฮอล์และสารเสพติดชุมชน 1 แห่ง และคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช 5 แห่งใน North Essex ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
กลุ่มตัวอย่าง	การศึกษานี้ทำโดยดึงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 459 ราย มาจากการศึกษาโครงการ Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness in Community Mental Health and Substance Misuse Services (COSMIC) ในกลุ่มประชากร ภูมิลำเนาใน Harlow และโดยรอบ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 140 ราย และไม่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน 319 ราย เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้ - อายุระหว่าง 16-64 ปี - เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือมีการใช้ยาเสพติด และแอลกอฮอล์ - ยังอยู่ในช่วงการรับบริการอยู่จนถึง 13 พฤษภาคม 1994 เกณฑ์คัดออก : ไม่มี

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	นำกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 459 ราย มาจากการศึกษา
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	โครงการ Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness in Community Mental Health and Substance Misuse Services (COSMIC) จัดเป็นกลุ่มที่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 140 ราย และไม่เคยมีประวัติ พฤติกรรมก้าวร้าว 319 รายนำมาเปรียบเทียบกันในตัวแปรต่างๆ ดังนี้ ตัวแปรตาม ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว : โดยพฤติกรรมก้าวร้าวในการศึกษานี้ หมายถึง การกระทำโดยผู้สำนึก ที่มีจุดมุ่งหมายให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ ไม่รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และทำลายสิ่งของ ตัวแปรอิสระ 1. ประวัติการใช้สารเสพติด 1.1 มีปัญหากับการใช้แอลกอฮอล์ในปีที่ผ่านมา 1.2 การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในปีที่ผ่านมา 1.3 มีปัญหากับสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย 1.4 การใช้กัญชาในปีที่ผ่านมา 1.5 การใช้แอมเฟตามีนในปีที่ผ่านมา 1.6 การใช้ Crack cocaine ในปีที่ผ่านมา 1.7 การใช้ cocaine (รูปแบบอื่น) ในปีที่ผ่านมา 1.8 การใช้ฝิ่นตามคำสั่งแพทย์ในปีที่ผ่านมา 1.9 การใช้ เมธาโดนในเดือนที่ผ่านมา 1.10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง และมีการติดสารเสพติด อย่างรุนแรง 1.11 มีอาการทางจิตเวชที่มีความรุนแรงน้อย และมีการติดสาร เสพติดอย่างรุนแรง 1.12 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง และมีมีการติดสารเสพติด ที่มีความรุนแรงน้อย

ตารางสรุปผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	2. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและอาการทางจิต
ผู้ประเมิน และ	2.1 เคยได้รับการดูแลโดยทีมจิตเวชชุมชน
วิธีการประเมินผล (ต่อ)	2.2 เคยได้รับการดูแลจากทีมสารเสพติดในชุมชน
	2.3 ระยะเวลาที่เคยรักษาตัวในปีที่ผ่านมา
	2.4 เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิต
	2.5 มีประวัติทำอันตรายต่อตนเอง
	2.6 มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย
	2.7 มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว : ตามความเห็นของ ทีมสหวิชาชีพ
	2.8 เป็นโรคจิตเภท
	2.9 เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว
	2.10 เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง
	2.11 มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน
	2.12 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
	2.13 มีอาการเศร้า
	3. ด้านบุคลาการ
	3.1 แสดงความก้าวร้าวต่อบุคลากร
	3.2 มีประวัติทำร้ายบุคลากร
	4.ด้านชีวิตประจำวัน
	4.1 ด้านการควบคุมตนเอง
	4.2 ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
	4.3 ด้านและความตั้งใจในการให้ความร่วมมือแผนการดูแล

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 140 ราย และไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 319 ราย ใน ตัวแปรต่างๆ ได้ผล ดังนี้ 1. ประวัติการใช้สารเสพติด 1.1 มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 3 เท่า ($P < 0.001$) 1.2 การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.001$) 1.3 มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.001$) 1.4 การใช้กัญชาในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้กัญชาในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.01$) 1.5 การใช้แอมเฟตามีนในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้แอมเฟตามีนในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.01$) 1.6 การใช้ Crack cocaine ในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มี

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้ Crack cocaine ในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.01$) 1.7 การใช้ cocaine (รูปแบบอื่น) ในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้ cocaine (รูปแบบอื่น) ในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.05$) 1.8 การใช้ ฝิ่นตามคำสั่งแพทย์ในปีที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้ ฝิ่นตามคำสั่งแพทย์ในปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.05$) 1.9 การใช้ เมธาโดนในเดือนที่ผ่านมา : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้ เมธาโดนในเดือนที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.05$) 1.10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง และมีการคิดสารเสพติดอย่างรุนแรง : พบว่ากลุ่มที่มี ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง และมี severe substance use disorder มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.01$) 1.11 มีอาการทางจิตเวชที่มีความรุนแรงน้อย และมีการคิดสารเสพติดอย่างรุนแรง: ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1.12 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง และมีการคิดสารเสพติดที่มีความรุนแรงน้อย: ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2. ด้านโรคทางจิตและอาการทางจิต 2.1 เคยได้รับการดูแลโดยทีมจิตเวชชุมชน : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2.2 เคยได้รับการดูแลจากทีมสารเสพติดในชุมชน : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2.3 ระยะเวลาที่เคยรักษาตัวในปีที่ผ่านมา : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2.4 เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิต : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.001$) 2.5 มีประวัติทำอันตรายต่อตนเอง : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีประวัติทำอันตรายต่อตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.01$) 2.6 มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีประวัติความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.01$) 2.7 มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 10 เท่า ($p < 0.001$)

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2.8 เป็นโรคจิตเภท : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติ พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นโรคจิตเภท มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.001$) 2.9 เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว: ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2.10 เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง : ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2.11 มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน: พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.001$) 2.12 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมี ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ($p < 0.001$) 2.13 มีอาการเศร้า: ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3. ด้านบุคลาการ 3.1 แสดงความก้าวร้าวต่อบุคลากร : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3.2 มีประวัติทำร้ายบุคลากร : พบว่ากลุ่มที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว เคยทำร้ายบุคลากร มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 10 เท่า ($p < 0.001$)

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	4.ด้านชีวิตประจำวัน 4.1 ด้านการควบคุมตนเอง : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 4.2 ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 4.3 ด้านและความตั้งใจในการให้ความร่วมมือแผนการดูแล : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 8	Screening for Risk Factors Associated with Violence in Pediatric Patients Presenting to a Psychiatric Emergency Department
ผู้แต่ง/ปี	Giggie, Olvera, & Joshi (2007)
แหล่งตีพิมพ์	Journal of Psychiatric Practice, 13, 246-252.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาล San Antonio County Hospital, Texas ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก 425 รายที่มารับบริการที่ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาล San Antonio County Hospital ในช่วงระหว่าง 1 มิถุนายน 2001 ถึง 31 ธันวาคม 2002 เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง : เป็นผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี เกณฑ์คัดออก : ผู้ป่วยด้วยปัญญาอ่อน หรือ ออทิสติก
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	-พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ประเมิน : โดยแพทย์ฝึกหัดสาขาจิตเวช โดยมีจิตแพทย์(ผู้วิจัย)กำกับและประเมินร่วม ซึ่งจิตแพทย์ได้รับการรับรองจาก University of Texas Health Science Center, San Antonio วิธีการประเมิน : ทำการเก็บข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฉุกเฉิน โดยจำแนกพฤติกรรมก้าวร้าวเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1. กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย มีการกระทำก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่แผนกฉุกเฉินทั้งสิ้น 133 ราย

**ตารางสรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	2. กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำอันตรายต่อตนเอง ทั้งสิ้น 196 ราย 3. กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมแบบอื่น ทั้งสิ้น 96 ราย ตัวแปรอิสระ - ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ประเมิน : จิตแพทย์(ผู้วิจัย) วิธีการประเมิน : เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โดยปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ 1. เพศ 2. เชื้อชาติ : ชาว Hispanic ชนผิวขาว และ ชนผิวดำ 3. สถานะการประกันสุขภาพ : ใช้ Medicaid ใช้ HMO ชนิดอื่น ๆ และไม่มีประกันสุขภาพ 4. สถานะการอยู่อาศัย : บิดามารคายังอยู่ด้วยกัน บิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวขยาย อยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์ หรือ อื่น ๆ 5. สถานะการศึกษา : ศึกษาในโรงเรียน ศึกษานอกโรงเรียน เลิกเรียน และอื่น ๆ 6. การใช้ฝืน 7. การใช้แอลกอฮอล์ 8. การวินิจฉัยโรค : โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคสมาธิสั้น มีพฤติกรรมเกราะล้ายอันธพาล มีพฤติกรรมต่อต้านไม่เชื่อฟัง มีอาการทางจิต ติดสารเสพติด 9. ได้รับยาทางจิตเวช 10. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 11. พกปืน

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	12. ประวัติการมีคดี
ผู้ประเมิน และ	13. การมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มอันตราย
วิธีการประเมินผล (ต่อ)	14. การมีความก้าวร้าวในครอบครัว
	15. มีประวัติถูกกระทำรุนแรง
ผลการศึกษา	1. เพศ - พบว่าเพศชายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) - พบว่าเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และกลุ่ม อื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2. เชื้อชาติ - ไม่พบความแตกต่างของเชื้อชาติ ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 3. สถานะการประกันสุขภาพ - ไม่พบความแตกต่างของสถานะการประกันสุขภาพ ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 4. สถานะการอยู่อาศัย - ไม่พบความแตกต่างของสถานะการอยู่อาศัย ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 5. สถานะการศึกษา - ไม่พบความแตกต่างของสถานะการศึกษา ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 6. การใช้ฝืน - ไม่พบความแตกต่างของการใช้ฝืนระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 7. การใช้แอลกอฮอล์ - ไม่พบความแตกต่างของการใช้แอลกอฮอล์ ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	8. การวินิจฉัยโรค -พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มารับการรักษาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) -พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) -พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มารับ การรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) -พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเกราะคล้ายอัมพาต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) -พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่เชื่อฟัง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) -ไม่พบความแตกต่างของการมีอาการทางจิตเวช ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ -ไม่พบความแตกต่างของการติดยาเสพติด ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 9. ได้รับยาทางจิตเวช - ไม่พบความแตกต่างของการได้รับยาทางจิตเวช ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ 10. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว -พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติ

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	พฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนใหญ่เป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
11. พกปืน - ไม่พบความแตกต่างของการพกปืน ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ	
12. ประวัติการมีคดี - ไม่พบความแตกต่างของการมีประวัติการมีคดี ระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ	
13. การมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มอันธพาล - ไม่พบความแตกต่างของการ การมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มอันธพาลระหว่าง 3 กลุ่ม ที่มารับบริการ	
14. การมีความก้าวร้าวในครอบครัว - ไม่พบความแตกต่างของการมี ความก้าวร้าวในครอบครัวระหว่าง 3 กลุ่ม ที่มารับบริการ	
15. มีประวัติถูกกระทำรุนแรง - ไม่พบความแตกต่างของการมีประวัติถูก กระทำรุนแรงระหว่าง 3 กลุ่มที่มารับบริการ	

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 9

Narcissism in patients admitted to psychiatric acute wards: its
relation to violence, suicidality and other psychopathology

ผู้แต่ง/ปี

Svindseth, Nøttestad, Wallin, Roaldset , & Dahl (2008)

แหล่งตีพิมพ์

Scandinavian Journal of Psychology, 50(2), 151-159.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หอผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 2 หอผู้ป่วย ที่ The Aalesund Hospital ประเทศ นอร์เวย์
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวใน หอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 2 หอผู้ป่วย The Aalesund Hospital ประเทศนอร์เวย์ ระหว่างช่วงมีนาคม 2005 ถึง ตุลาคม 2006 จำนวน 186 ราย เป็นชาย 110 ราย เป็นหญิง 7 ราย เกณฑ์คัดออก : ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม (dementia) หรือ อาการสับสน จากโรคทางกาย (organically based confusion) ภาวะเพ้อคลั่ง (manic) หรือมี ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นและมีทั้งซึมเศร้าหรือตื่นเต้น หรืออยู่ในช่วง hypomanic states ผู้ที่กลับมารักษาซ้ำในช่วงที่ ทำการศึกษา ไม่สามารถพูดภาษา Norwegian หรือจำหน่ายจาก โรงพยาบาลใน 48 ชั่วโมง
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	1. พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้แบบประเมิน Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจาก การศึกษาในประเทศนอร์เวย์ เพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จากการ สังเกต และจากการบันทึกในแฟ้มประวัติ และระบุว่าพฤติกรรม ก้าวร้าวที่พบ เป็นระดับใด

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	ตัวแปรอิสระ 1. ความคิดหลงตัวเอง แบบประเมิน : Narcissistic Personality Inventory-21 item version (NPI-21) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดในผู้ป่วยจิตเวช วัดถึงความเป็นผู้นำ การชอบแสดงออก ความเย่อหยิ่ง ความมีลักษณะเฉพาะ ให้คะแนนจากการตอบ ใช่/ไม่ใช่ในแบบสอบถาม หากพบว่าได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีภาวะหลงตัวเองต่ำ หากได้คะแนนสูงกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีภาวะความหลงตัวเองสูง ผู้ประเมิน : ผู้วิจัย 2. ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แบบประเมิน The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) เป็นแบบประเมินชนิดให้ตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ให้คะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึงมี Self-esteem สูง ผู้ประเมิน : ผู้วิจัย 3. ปัจจัยส่วนบุคคล 3.1 มีโรคที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม : ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติ โดยความเจ็บป่วยทางจิตในที่นี้ หมายถึงการได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยร่วมโดยแบบวินิจฉัย ICD-10 3.2 เพศ 3.3 สถานะการสมรส 3.4 สถานะการทำงาน 3.5 การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล : พิจารณาจากการเต็มใจเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	1. พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวโดยกลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูง มีจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางและระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวระดับต่ำ พบน้อยกว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2. ภาวะหลงตัวเอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ 2.1 เพศ : พบว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูง มีเพศชายมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.2 สถานะการสมรส : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูงและต่ำ 2.3 สถานะการทำงาน : ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูงและต่ำ 2.4 การเข้ารับกษาตัวในโรงพยาบาล : พบว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูง มีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้เต็มใจที่จะเข้ารับกษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.5 มีโรคที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม : พบว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูง ได้รับการวินิจฉัยร่วม ว่าติดสารเสพติด และเป็นโรคจิตเภทมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$) แต่ได้รับการวินิจฉัยร่วม ว่าป่วยด้วยโรค ซึมเศร้า โรคทางระบบประสาท โรคบุคลิกภาพแปรปรวน น้อยกว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$)

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2.6 การฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองสูงมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่มีภาวะหลงตัวเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 10	Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study
ผู้แต่ง/ปี	Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, Esposito, & Berardi (2008)
แหล่งตีพิมพ์	Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62 , 247-255.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หอผู้ป่วยชนิด 20 เตียง แบบปิดของโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย Bologna ประเทศ อิตาลี
กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน 374 รายเข้ารับการรักษาตั้งแต่ มกราคม 2000-มกราคม 2001 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้ - เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยผ่านจากแผนกฉุกเฉิน หรือถูกส่งต่อมาจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน (CMHC) ในเขต Bologna เกณฑ์คัดออก : ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอิตาลีได้
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	- พฤติกรรมก้าวร้าว แบบประเมินที่ใช้ : Overt Aggression Scale (OAS) ซึ่งประเมินความ ก้าวร้าวใน 4 ด้านหลัก คือ ก้าวร้าวทางวาจา ทำลายของ ก้าวร้าวทางกาย ต่อตนเอง และก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น ให้คะแนนจากน้อยไปหามาก ผู้ประเมิน : พยาบาล วิธีการประเมิน : ประเมินโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้ตัว ให้คะแนนในช่วงทำเวรที่ ปฏิบัติงาน (ปฏิบัติงานเวรละ 8 ชั่วโมง) หากพบความก้าวร้าว ให้ระบุว่า VOA หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา หรือ PA หมายถึงพฤติกรรม ก้าวร้าวทางกาย

ตารางสรุปผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรอิสระ
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	- ปัจจัยส่วนบุคคล : ประกอบด้วย - เพศ - อายุ - การอาศัยอยู่กับครอบครัว - ข้อมูลทางคลินิก - ประวัติสารเสพติด - ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจนหมดสติ - การวินิจฉัย : ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยจากผู้วิจัยทั้ง 3 ตามหลักการ วินิจฉัยแบบ DSM-IV ใน AXIS I และ AXIS II - กลุ่มโรคจิตเภท - โรคบุคลิกภาพบกพร่อง - โรคซึมเศร้าแบบขั้วเดียว (Unipolar depressive disorder) - โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) - อาการทางจิต ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยแบ่งอาการทางจิตออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ - กลุ่มที่ 1 ด้านความรู้สึกไม่เป็นมิตร-ทำทางมีพิรุณ (hostility– suspiciousness) ได้แก่ ทำทางไม่เป็นมิตร, การไม่ให้ความ ร่วมมือ, ทำทางมีพิรุณ - กลุ่มที่ 2 ด้าน ความวิตกกังวล-ซึมเศร้า (anxiety–depression) ได้แก่ ความรู้สึกผิดวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้า

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล (ต่อ)	- กลุ่มที่ 3 ด้านความคิดที่มารบกวน (thought disturbance) ได้แก่ ความคิดไม่เป็นระบบ ประสาทหลอน และความคิดที่ผิดปกติ - กลุ่มที่ 4 ด้านการกระตุ้น (activation) ได้แก่ ความตึงเครียด และการตื่นตัว - กลุ่มที่ 5 ด้านภาวะหมดกำลัง (anergia) ได้แก่ การทำสิ่งต่าง ๆ ถดถอย, แยกตัวทางอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย 5. ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว : ทำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตที่ดูแล จากผลการตรวจประเมินอาการ เก็บข้อมูลในช่วง 1 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แบ่งประวัติความก้าวร้าวที่พบเป็น 2 ประเภท ดังนี้ - VOA ให้หมายถึง ก้าวร้าวทางวาจา รวมถึงข่มขู่จะทำร้ายร่างกายผู้อื่น และการทำลายของ - PA ให้หมายถึง ก้าวร้าวทางกาย
ผลการศึกษา	การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ผลดังนี้ - เพศ : พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) - อายุ : พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การอาศัยอยู่กับครอบครัว : พบว่าผู้ป่วยที่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ญาติ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ประวัติสารเสพติด : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประวัติการกระทบกระเทือนทางสมอง หรือหมดสติ : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ด้านอาการทางจิต - กลุ่มโรคจิตเภท : พบว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มโรคจิตเภท จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) - กลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวน : ทั้งในกลุ่มอาการซึมเศร้า และกลุ่มอารมณ์สองขั้ว ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - คะแนน BPRS - คะแนนโดยภาพรวม : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - ด้านความรู้สึกไม่เป็นมิตร-ท่าทางมีพิรุณ (hostility-suspiciousness): พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนด้าน hostility-suspiciousness จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทางวาจา มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) -ด้านความวิตกกังวล-ซึมเศร้า (anxiety-depression) : พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนด้านความวิตกกังวล-ซึมเศร้า (anxiety-depression) จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทางวาจา มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) -ด้านความคิดที่มารบกวน (thought disturbance) : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 1 เดือน -ด้านการกระตุ้น (activation) : พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนด้าน activation จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	- ด้านภาวะหมดกำลัง (amergia) : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - ประวัติความก้าวร้าว - กลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติก้าวร้าว : พบว่าในกลุ่มที่มีเคยมีประวัติความก้าวร้าว จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) : พบว่าในกลุ่มที่มีเคยมีประวัติความก้าวร้าว จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) : พบว่าในกลุ่มที่มีเคยมีประวัติความก้าวร้าว จัดอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) - กลุ่มที่เคยมีประวัติก้าวร้าวทางวาจา หรือทำลายของ : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - กลุ่มที่เคยมีประวัติก้าวร้าวทางกาย : ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 11 Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious
behavior

ผู้แต่ง/ปี Swogger, Conner Meldrum, & Caine (2009)

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Personality Disorders, 23, 201-210.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หนึ่งในสามของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา Mac Arthur Violence Risk ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอายุระหว่าง 18-40 ปี จากหนึ่งในสามของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา Mac Arthur Violence Risk ทั้งสิ้น 810 ราย เป็นเพศชาย 475 ราย เพศหญิง 335 ราย เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้ - สนทนาโดยใช้ภาษาอังกฤษ - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท โรค Schizophreniform โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) โรค Dysthymia โรคซึมเศร้า (depression) เพื่อกดิ่ง (Mania) อาการ Brief reactive psychosis อาการประสาทหลอน (Delusional disorder) การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่น และโรคบุคลิกภาพบกพร่อง - เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลมาแล้วเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 4.5 วัน เกณฑ์คัดออก : เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลมาแล้วเฉลี่ยมากกว่าหรือ

**ตารางสรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เท่ากับ 20 วัน
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	การมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ผู้ประเมิน : ผู้ทำการสัมภาษณ์ ต้องเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว วิธีการประเมิน : ชักประวัติในหัวข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดวางแผนในการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) , ความคิดอยากตาย และการทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ซึ่งประเมินโดยใช้การสัมภาษณ์และบันทึกเทปการสัมภาษณ์ และทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยเป็นส่วนประกอบ โดยแบบประเมินนี้ทำทั้งหมด 3 ครั้ง คือครั้งแรก และระยะประเมินผลอีก 2 ครั้ง หากพบว่าในช่วงสองเดือนที่ผ่านมา มีความคิดวางแผนในการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) , ความคิดอยากตาย และการทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และการได้ลงมือกระทำ ถ้ามี จะมีการสัมภาษณ์ต่อไปถึงระดับความรุนแรง และนำไปสู่การแยกประเภทผู้ป่วยเป็นสามประเภท ได้แก่ 1) ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตาย 2) มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) 3) คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต

**ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรอิสระ
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล(ต่อ)	ปัจจัยส่วนบุคคล : ทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ - อายุ - เพศ - เชื้อชาติ ความผิดปกติทางจิต (Psychopathy) : แบบประเมิน : ประเมิน Psychopathy Checklist : screening Version (PCL: SV) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับลักษณะของอาการทางจิต ประกอบด้วย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) ด้านอารมณ์ (affective) ด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (parasitic Lifestyle) และพฤติกรรมแยกจากสังคม (Antisocial) ผู้ประเมิน : ผู้ที่ผ่านการอบรมการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Psychopathy Checklist : screening Version (PCL: SV) วิธีการประเมิน : สัมภาษณ์
ผลการศึกษา	การศึกษานี้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) และกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต ได้ผลการศึกษาดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล - อายุ : พบว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย มีความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต ($p = 0.02$) และกลุ่มที่มีพฤติกรรม

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) ($p = 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทิศทางตรงกันข้าม คือ เมื่อมีอายุน้อย จะมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองมาก - เพศ : พบว่ากลุ่มผู้ที่มีเป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต ($p = 0.04$) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) ($p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - เชื้อชาติ : พบว่ากลุ่มผู้ที่มีเป็นชนผิวดำ มีความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต ($p = 0.01$) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) ($p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความผิดปกติทางจิต (Psychopathy) - ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) : ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ด้านอารมณ์ (affective) : ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (parasitic lifestyle): ไม่พบว่า

ตารางสรุปผลการถักนกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	มีความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ด้านรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผูกติดกับคนอื่น (parasitic lifestyle): ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับทั้งกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - พฤติกรรมแยกจากสังคม (Antisocial) : พบว่า กลุ่มอาการทางจิตแบบ Antisocial มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่คิดทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้เสียชีวิต ($p < 0.01$) และพบว่า กลุ่มอาการทางจิตแบบ Antisocial มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่ฆ่าตัวตาย (NSIB) ในกลุ่มชนผิวดำมากกว่าในกลุ่มชนผิวขาว

ตารางสรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

เรื่องที่ 12	Integrating DSM-IV Factors to Predict Violence in High-Risk Psychiatric Patients
ผู้แต่ง/ปี	Lynch & Noel (2010)
แหล่งตีพิมพ์	Journal of Forensic Science, 55, 121-126.

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Retrospective descriptive study
ระดับงานวิจัย	C
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	โรงพยาบาลทหารผ่านศึกระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวช 161 ราย ที่เข้ารับรักษาตัว ในช่วงปีงบประมาณ 2005-2006 และเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยผ่านทางแผนกฉุกเฉิน
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรตาม
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล	-พฤติกรรมก้าวร้าว เก็บข้อมูลจากแบบประเมินดังต่อไปนี้ 1. The violence Event form ผู้ประเมิน : โดยพยาบาลจากแผนกสูงอายุ วิธีการประเมิน : เก็บข้อมูลจากประวัติการรักษาอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย จากหอผู้ป่วย บันทึกตามแบบประเมิน ว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 2 หัวข้อ คือ การคุกคามผู้อื่น (Assault) และการทำอันตรายต่อตนเอง (Self-harm) และบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ว่า อยู่ในช่วงใด ซึ่งตามแบบประเมินนี้ได้แบ่งเป็นสามช่วง ดังนี้ - วันที่รับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล - วันที่ 1-8 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาล - หลังวันที่ 8 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลไปแล้ว และระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

**ตารางสรุปผลการคัดกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา	ตัวแปรอิสระ
ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล(ต่อ)	แบบประเมิน Risk of Violence Assessment(ROVA) ผู้ประเมิน : โดยพยาบาลจิตเวช 3 ราย วิธีการประเมิน : ทำการเก็บข้อมูล ที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน เนื้อหาของแบบประเมิน : เป็นแบบประเมินที่อิงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแบบ DSM-IV ตาม AXIS ต่าง ๆ โดยให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยหัวข้อที่ประเมินมีดังต่อไปนี้ 1. Axis I ด้านอาการทางคลินิก (Clinical Disorder) มีหัวข้อดังนี้ - โรคสมองเสื่อม - โรคทางอารมณ์ (มี/ ไม่มี อาการซึมเศร้าร่วม) - โรคจิตเภท (มี/ ไม่มี อาการซึมเศร้าร่วม) - ใช้แอลกอฮอล์ : ดื่มสุรอย่างน้อย 2 ออนซ์ หรือเบียร์/ไวน์ 2 แก้ว ใน 24 ชั่วโมง ในวันที่มาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในช่วง 30 วัน : ระบุปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด - ใช้สารเสพติดอื่นที่ไม่ใช่แอลกอฮอล์ ทำการตรวจใน 24 ชั่วโมง ในวันที่มาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในช่วง 30 วัน 2.AxisII ด้านบุคลิกภาพแปรปรวน 3. Axis IV ด้านจิตสังคม ปัญหาสิ่งแวดล้อม และมีความเครียดที่เกี่ยวข้อง มีหัวข้อดังนี้ - มีปัญหาทางกฎหมาย เช่น ถูกศาลสั่งให้เข้ารับการรักษาตัว ติดภาคทัณฑ์ อยู่ในช่วงคุมประพฤติ รอลงอาญา หรือจิตแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องเข้ารับรักษาตัว - ขาดการมารักษาต่อเนื่อง 10 สัปดาห์ (ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือนัดที่ศูนย์บริการชุมชน)

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ตัวแปรที่ศึกษา ผู้ประเมิน และ วิธีการประเมินผล(ต่อ)	- มีการพยายามทำอันตรายต่อตนเอง เช่น พยายามฆ่าตัวตาย กำลังวางแผนจะฆ่าตัวตาย กำลังมีความคิดฆ่าตัวตาย กระทำอันตรายต่อตนเอง เคยกระทำอันตรายต่อตนเอง เคยพยายามฆ่าตัวตาย - คุกคามผู้อื่นหรือทำลายของ ทั้งทางวาจา และทางกาย รวมถึงการเคยทำการคุกคามผู้อื่นหรือทำลายของมาก่อนหน้า หรือพกพา หรือมีอาวุธในครอบครอง - การว่างงาน : รวมถึงการไม่มีที่อยู่อาศัย หรือติดต่อกฎหมายไม่ได้ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อประเมินครบทุกหัวข้อแล้ว ให้รวมคะแนนในแต่ละหัวข้อคะแนน และแบ่งผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนระหว่าง 1-2 ถือว่าเสี่ยงต่ำ คะแนน 3 ถือว่าเสี่ยงปานกลาง คะแนน 4 ขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงสูง โดยเน้นส่วนที่จัดว่ามีความเสี่ยงสูงได้แก่ - โรคสมองเสื่อม - คุกคามผู้อื่นหรือทำลายของ - พยายามทำอันตรายต่อตนเอง - พกพา หรือมีอาวุธในครอบครอง จากนั้นแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบถึงสิ่งที่พบ และวางแผนการดูแล และลงบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าอิเล็กทรอนิกส์
ผลการศึกษา	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคจิตเภท กับแอลกอฮอล์ : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภท กับ การใช้สารเสพติด : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภท กับ การเข้ารับรักษาตัวด้วยเหตุผลทางกฎหมาย : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.015$) 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภท กับ ขาดการมารับยาต่อเนื่อง (Non-OPT) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภท กับ การเคยมีการทำอันตรายต่อตนเอง (Past self-harm) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภท กับ เคยมีประวัติคุกคามผู้อื่น (Past assault) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคอารมณ์แปรปรวน กับ แอลกอฮอล์ : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคอารมณ์แปรปรวน กับการใช้สารเสพติด : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคอารมณ์แปรปรวน กับ การเข้ารับรักษาตัวด้วยเหตุผลทางกฎหมาย : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2.10 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคอารมณ์แปรปรวน กับการรักษาต่อเนื่อง (Non-OPT) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) 2.11 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคอารมณ์แปรปรวน กับการเคยมีการทำอันตรายต่อตนเอง (Past self-harm) : พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.12 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคอารมณ์แปรปรวน กับการเคยมีประวัติถูกคามผู้อื่น (Past assault) : พบว่ามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) 2.13 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคบุคลิกภาพ แปรปรวน กับ แอลกอฮอล์ : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.14 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคบุคลิกภาพ แปรปรวน กับ การใช้สารเสพติด : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.15 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคบุคลิกภาพ แปรปรวน กับ การเข้ารักษาตัวด้วยเหตุผลทางกฎหมาย : พบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.034$) 2.16 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคบุคลิกภาพ แปรปรวน กับ การรักษาต่อเนื่อง (Non-OPT) : พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2.17 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคบุคลิกภาพแปรปรวน กับการเคยมีการทำอันตรายต่อตนเอง (Past self-harm) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.022$) 2.18 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคบุคลิกภาพบกพร่อง กับการเคยมีประวัติคุกคามผู้อื่น (Past assault) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.019$) 2.19 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคสมองเสื่อมกับ แอลกอฮอล์ : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.20 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคสมองเสื่อมกับการใช้สารเสพติด : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.21 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคสมองเสื่อมกับการเข้ารับกักขังด้วยเหตุผลทางกฎหมาย: พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.22 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคสมองเสื่อมกับการรักษาต่อเนื่อง (Non-OPT) : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.23 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคสมองเสื่อมกับการเคยมีการทำอันตรายต่อตนเอง (Past self-harm) : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.24 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคสมองเสื่อมกับเคยมีประวัติคุกคามผู้อื่น (Past assault) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030$)

**ตารางสรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	2.25 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภทร่วมกับ อารมณ์บกพร่องกับ แอลกอฮอล์ : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.26 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภทร่วมกับ อารมณ์บกพร่องกับ การใช้สารเสพติด : พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ 2.27 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภทร่วมกับ อารมณ์บกพร่องกับ การเข้ารักษาตัวด้วยเหตุผลทางกฎหมาย : พบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) 2.28 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภทร่วมกับ อารมณ์บกพร่องกับขาดการมารักษาต่อเนื่อง (Non-OPT) : พบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) 2.29 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภทร่วมกับ อารมณ์บกพร่องกับการเคยมีการทำอันตรายต่อตนเอง (Past self-harm) : พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) 2.30 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว และ โรคจิตเภทร่วมกับ อารมณ์บกพร่องกับเคยมีประวัติถูกคามผู้อื่น (Past assault) : พบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาววิมลตรา สาดพร

วัน เดือน ปีเกิด

16 เมษายน 2522

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์,

พ.ศ.2543, จังหวัดนครสวรรค์

(สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยนเรศวร)

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2554

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์: 081-8393370

E-mail: vimontra@hotmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน

88/131 หมู่บ้านเฉลิมสุขนิเวศน์ 6 หมู่ 4

แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน

กรุงเทพมหานคร