



การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

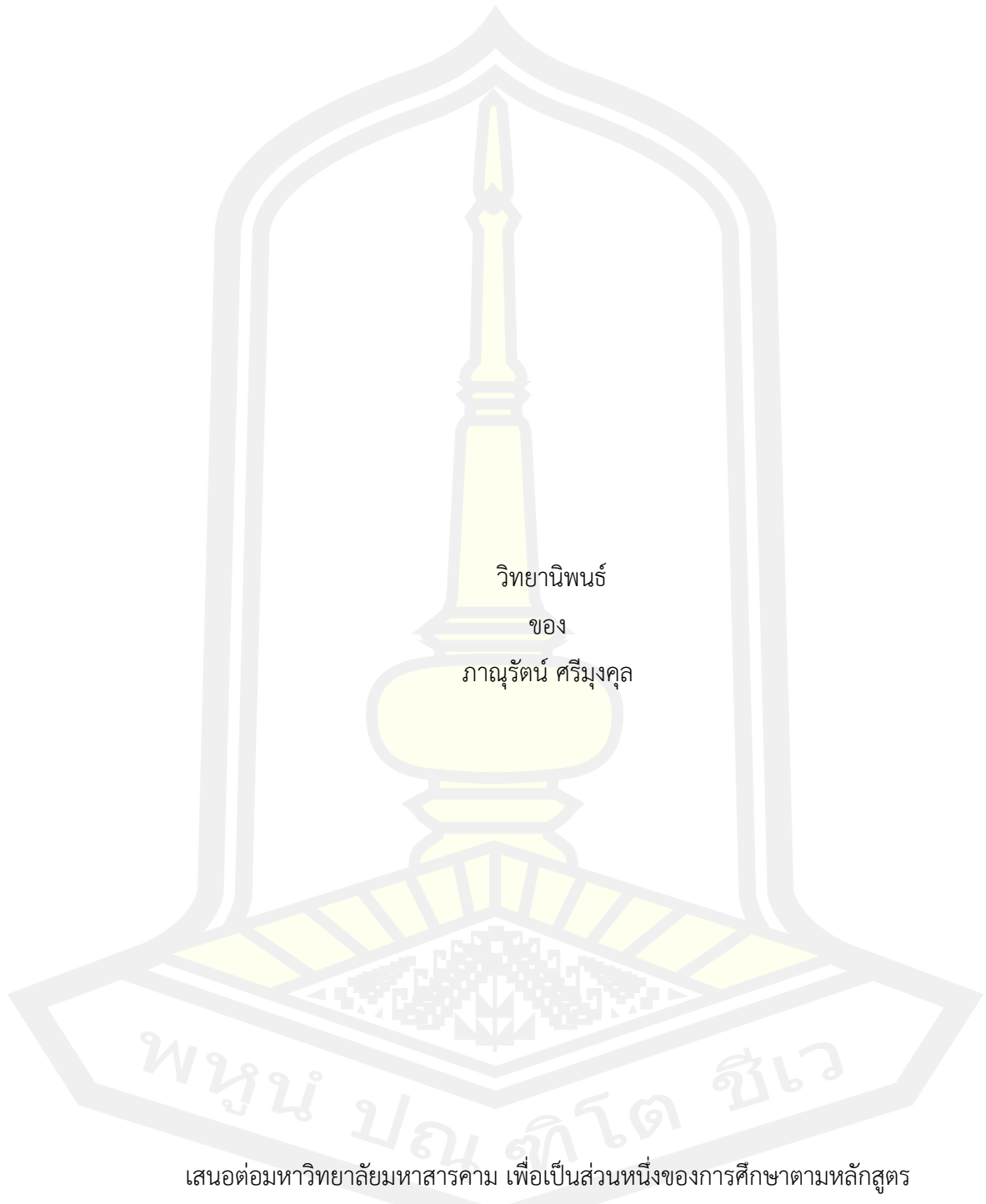
วิทยานิพนธ์  
ของ  
ภาณุรัตน์ ศรีมุงคกุล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มกราคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเมเฟตามีน



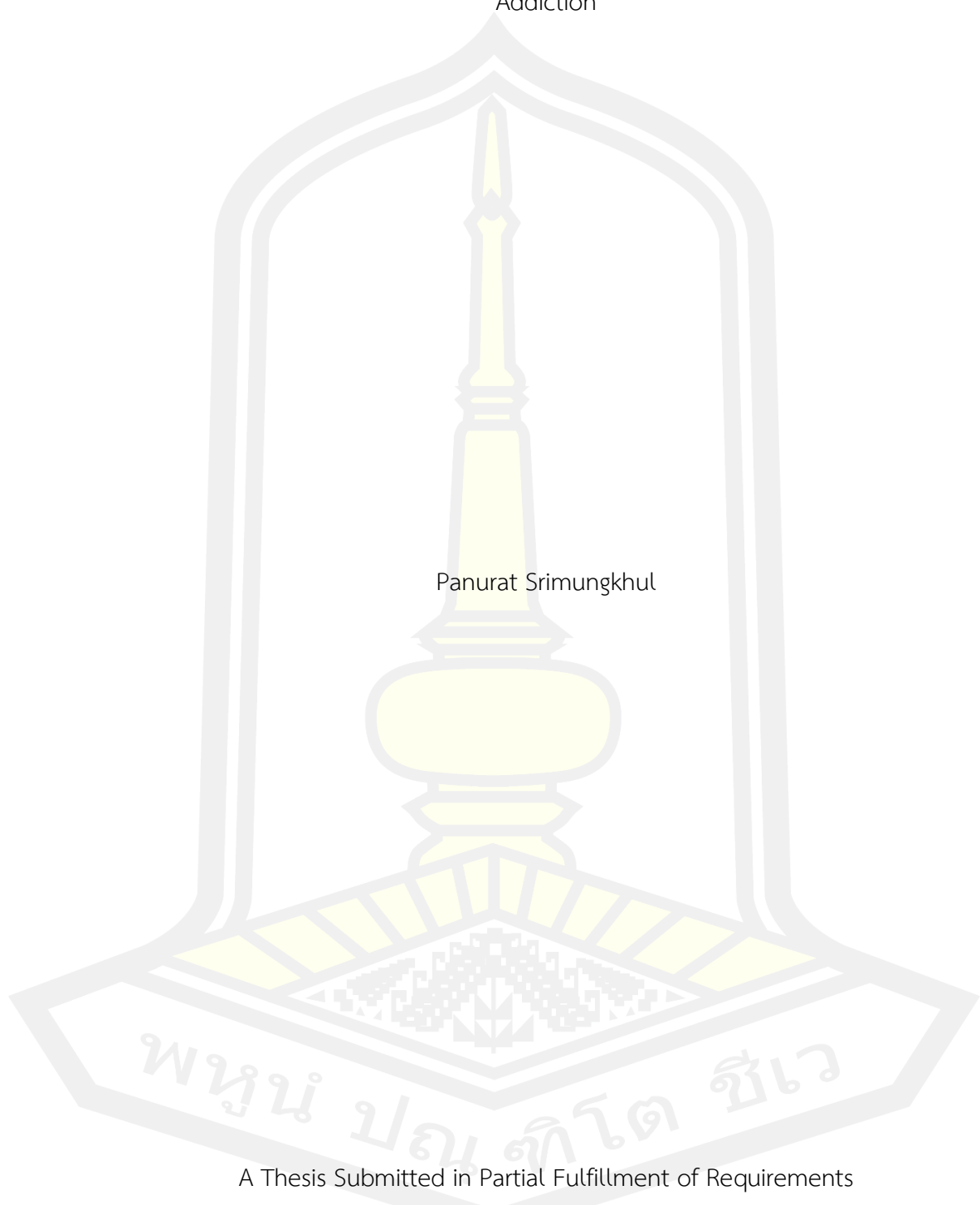
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มกราคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Self-Perceptions of Violent Behaviors in Males with Schizophrenia and Amphetamine  
Addiction

Panurat Srimungkhul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

January 2022

Copyright of Maharakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายภาณุรัตน์ ศรีมุงคกุล แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์ )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์ )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสวงเจริญ )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ )

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สมจิต แตนสีแก้ว )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รศ. ดร. กิริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน		
<b>ผู้วิจัย</b>	ภาณุรัตน์ ศรีมุงคกุล		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์		
<b>ปริญญา</b>	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีที่พิมพ์</b>	2565

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนมีแนวโน้มก่อพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในชุมชน เป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น บุคลากรสุขภาพที่ดูแลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

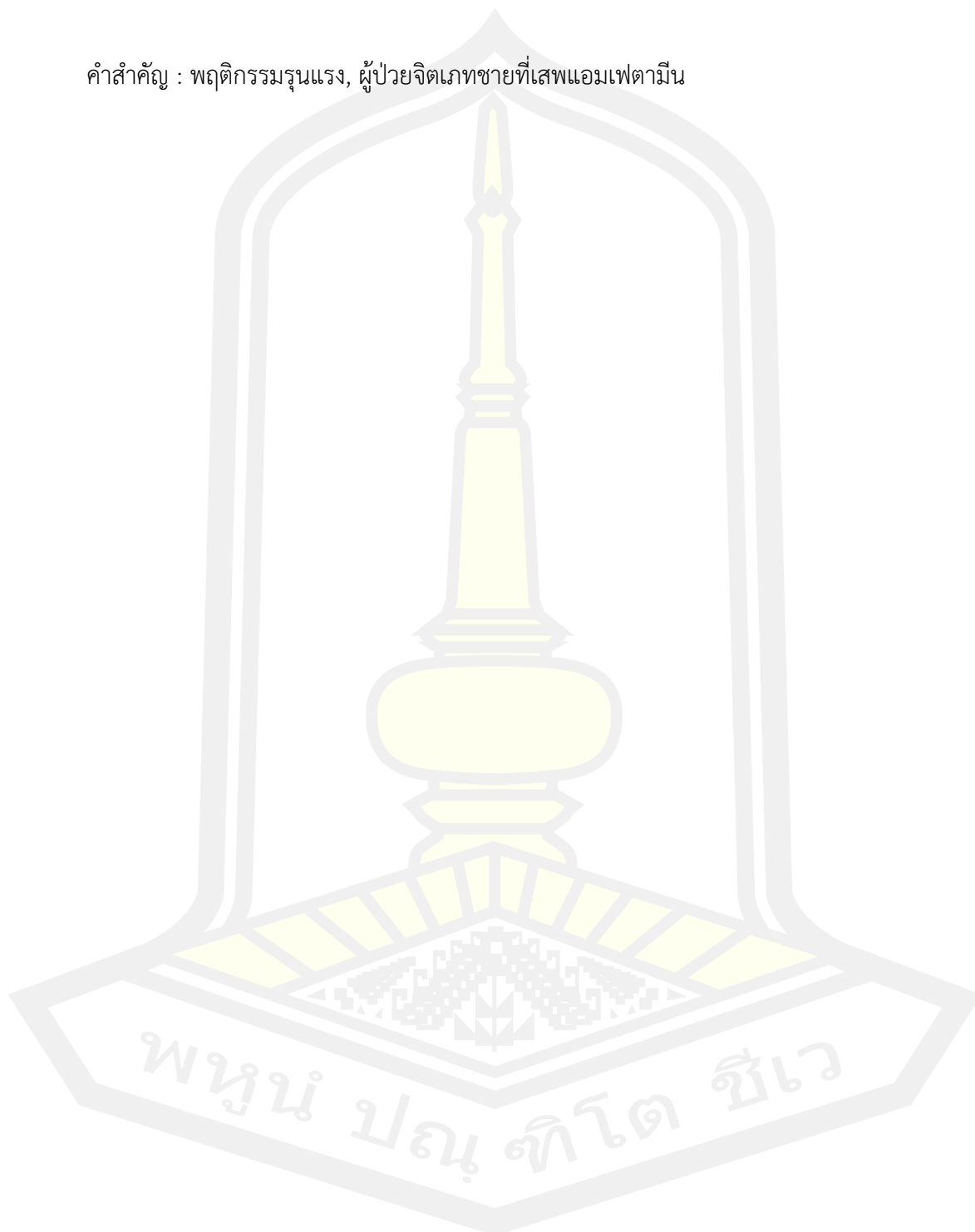
การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือน ตุลาคม 2564 ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน โดยการบันทึกเสียง การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงคือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือตี๋มสุรา 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ หัวใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักรู้สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนอย่างลึกซึ้งมากขึ้นตามการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ข้อค้นพบสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของพฤติกรรมรุนแรงจากสาเหตุภายในตนเอง และจากภายนอกรวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนารูปแบบ

การป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติดกลุ่มนี้

คำสำคัญ : พฤติกรรมรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด



<b>TITLE</b>	Self-Perceptions of Violent Behaviors in Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction		
<b>AUTHOR</b>	Panurat Srimungkhul		
<b>ADVISORS</b>	Associate Professor Narisa Wongpanarak , Ed.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Nursing Science	<b>MAJOR</b>	Psychiatric and Mental Health Nursing
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2022

### ABSTRACT

Males with schizophrenia and amphetamine addiction are more likely to engage in violent behavior in the community. There may cause harm not only to themselves, but also to others, including health care providers and the surrounding environment.

The purpose of this qualitative research was to describe the violent behaviors in males in the community who had schizophrenia and amphetamine addiction. During July to October 2021, 15 key informants participated in tape-recorded, in-depth interviews that included non-participating observation and field notes. Data were analyzed by content analysis method.

Five-main themes emerged from the data's meaning: 1) The meaning of the violent behaviors based on the views of the patients found as the action with warning signs, cannot be stopped of aggressive mood and action to stop and defense violence. 2) Their violent behaviors included verbal and physical aggression. 3) Internal causes of the violent behaviors included impatience and a perceived inability to control behavior; external causes included arousing words from others, a lack of supportive family relationships, and the use of amphetamine or alcohol. 4) Perceived effects of violent behaviors were their feelings of guilt and regret over physical injuries, insecurity and fear of the other's reactions, and that life seemed

ruined. 5) The informants wanted family members to be aware of the warning signs of violent behavior, wanting others to listen and stop talking, and wishing to have appropriate caring responses.

The findings from this study provide a better understanding of males with schizophrenia and amphetamine addiction in how they perceive their violent behaviors. The findings can be used to raise awareness of harmful internal and external causes of violent behaviors and their perceived effects. Health care providers should develop a community-based violence prevention program for males with schizophrenia and amphetamine addiction.

Keyword : Violent behaviors, Males with schizophrenia and amphetamine addiction





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในประเด็นที่เป็นประโยชน์ในทุก ขั้นตอนของการศึกษาในครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบ ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ ประธานกรรมการสอบ ขอกราบขอบพระคุณ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสง เจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต กรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์และกรรมการ สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับ นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรม สั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์อันมีค่า ตลอดจนให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณ ผู้ให้ข้อมูลหลัก บุคลากรโรงพยาบาลห้วยเม็ก และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาล ห้วยเม็ก ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ และให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตั้งแต่ เริ่มต้น จนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ขอขอบคุณ ดร. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ การพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้เอื้ออำนวยด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาลขณะ ศึกษาวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยหนักจิตเวชชายชงโค ที่ได้ให้กำลังใจ และขอบคุณ ครอบครัวที่ช่วยสนับสนุนทำให้งานวิจัยนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

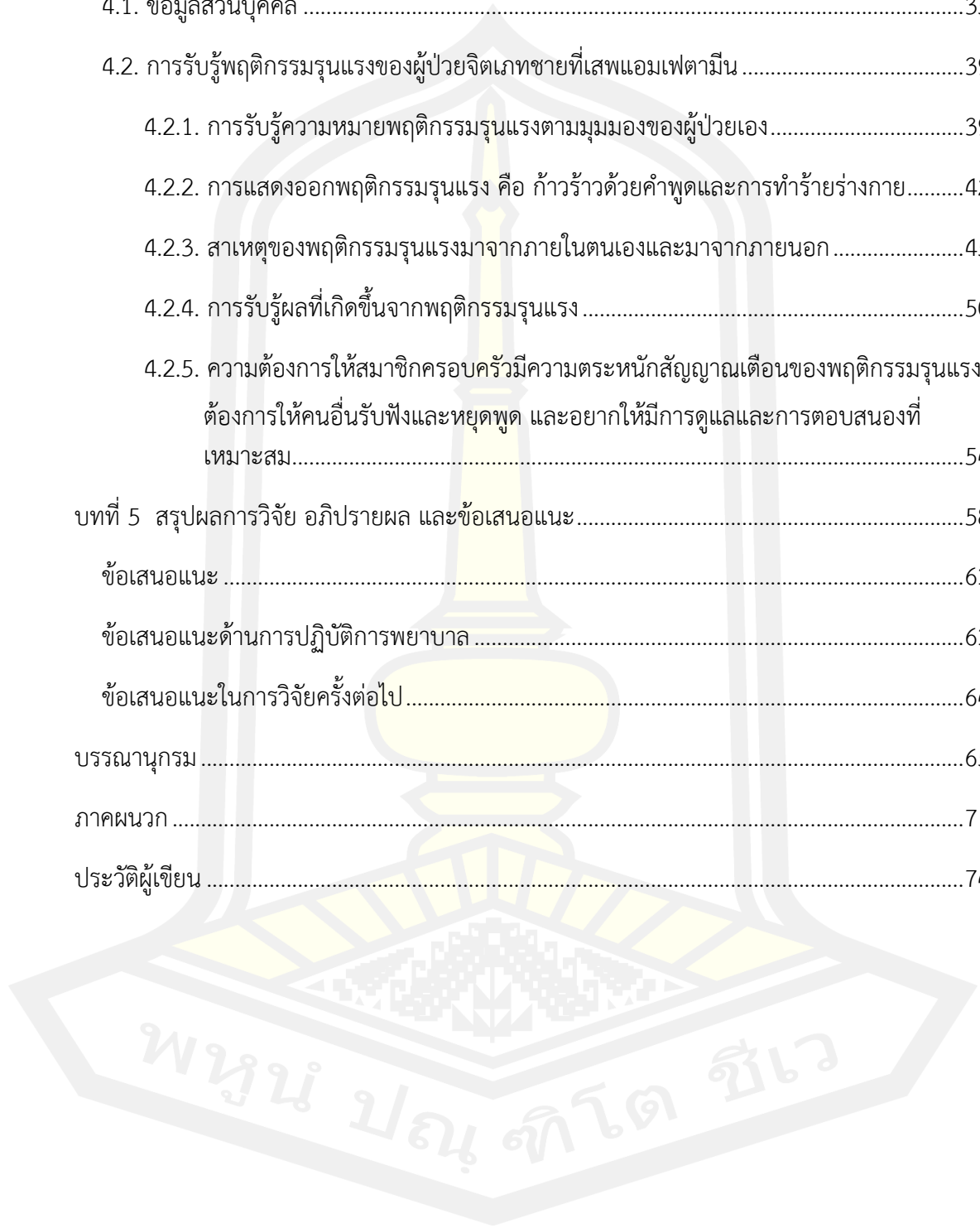
สุดท้ายผลอันจะเป็นประโยชน์ ความดี ความงามทั้งปวงที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบ แต่บิดามารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณ และหากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความ ขอขอบคุณยิ่ง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.3. คำถามการวิจัย.....	3
1.4. ขอบเขตของการวิจัย.....	3
1.5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
1.5.1. ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ใช้แอมเฟตามีน.....	3
1.5.2. พฤติกรรมรุนแรง.....	4
1.6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
2.1. ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ใช้แอมเฟตามีน.....	5
2.1.1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	6
2.1.1.1. การวินิจฉัยโรคจิตเภท.....	6
2.1.1.2. ความหมายของโรคจิตเภท.....	8
2.1.1.3. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภท.....	10
2.1.1.4. อาการของโรคจิตเภท.....	11
2.1.1.5. การรักษาโรคจิตเภท.....	12

1) การรักษาด้วยยา .....	13
2) การรักษาด้วยไฟฟ้า .....	13
3) การรักษาทางจิตสังคม .....	14
2.1.2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีน .....	15
2.1.3. พฤติกรรมรุนแรง.....	16
2.1.3.1. ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง.....	16
2.1.3.2. ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรง .....	17
2.1.3.3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลของพฤติกรรมรุนแรง .....	17
2.1.3.4. การเฝ้าระวังและการติดตาม .....	18
2.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	24
3.1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก .....	24
3.1.1. เกณฑ์คัดเข้า.....	24
3.1.2. เกณฑ์คัดออก .....	25
3.2. พื้นที่ที่ศึกษา.....	25
3.3. ระยะเวลาที่ศึกษา .....	25
3.4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	25
3.4.1. ผู้วิจัย .....	25
3.4.2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก .....	26
3.4.3. เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการรวบรวมข้อมูล.....	27
3.5. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	28
3.6. การเก็บข้อมูล.....	29
3.7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness).....	31
3.8. การวิเคราะห์ข้อมูล .....	33

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4.1. ข้อมูลส่วนบุคคล .....	35
4.2. การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน .....	39
4.2.1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง.....	39
4.2.2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย.....	42
4.2.3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเองและมาจากภายนอก .....	45
4.2.4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง .....	50
4.2.5. ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักรู้สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่ เหมาะสม.....	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	58
ข้อเสนอแนะ .....	63
ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล .....	63
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	64
บรรณานุกรม .....	65
ภาคผนวก .....	71
ประวัติผู้เขียน .....	74



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence :SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียน เป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 13,194 รายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 ราย (ร้อยละ 62.49) เพศหญิง จำนวน 4,949 ราย (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุด อายุอยู่ในช่วง 26 – 45 ปี เป็นผู้ป่วย กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.22 และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 – 19) จำนวน 2,213 ราย (ร้อยละ 17.34) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า มีผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่นรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 3,880 ราย (ร้อยละ 29.80) สูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ได้เริ่มมีการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลใน สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศเป็นครั้งแรก เนื่องจากมีแนวโน้มภาวะโรคร่วม (dual diagnosis) โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาติดสารเสพติด หรือมีความผิดปกติทางจิตมาก่อน พบว่า ร้อยละ 50 ของ โรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยพบมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า และที่สำคัญคือ 1 ใน 2 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติด (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) โดยพบมากที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนเป็นลำดับต้นๆ (สมจิตร มณีกานนท์ และ คณะ, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายที่มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงมาก่อน มีประวัติใช้สารเสพติด เช่น การเสพยาแอมเฟตามีน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากที่สุด (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2559) กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาแอมเฟตามีนเกี่ยวข้องกับการก่อพฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นในชุมชน อันส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกระดับเป็นวงกว้าง

พฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิด หรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ (นันทวัช สิริธรรักษ์ และคณะ, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมากถึงร้อยละ 84.80 โดยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชนมากถึงร้อยละ 42.90 (ศิริพรรณ ธนันชัย และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2562) ผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรง มีต่อผู้ป่วยและผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ รู้สึกผิด เสียใจ ทุกข์ใจ วิตกกังวล เครียด เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำใน

โรงพยาบาล และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดความหวาดกลัว เป็นที่รังเกียจ เกรงได้รับอันตราย ไม่มีใครกล้าเข้าใกล้ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554) ทั้งยังเป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลังที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2561) ผลกระทบเหล่านี้ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วย (นุชณี เอี่ยมสะอาด ปิณฑุลา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย, 2563) ดังนั้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักความสำคัญของปัญหานี้ และมีการวางแผนป้องกันพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทางการแพทย์ พบว่า การวิจัยพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ อาทิ การศึกษาความชุกและรูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554) การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) การศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว (ปัญญาทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2556) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท (เพชร คันธสายบัว และคณะ 2563) การพัฒนาและประเมินกลยุทธ์การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ ชมพูนุท โมราชาติ และ กชพงษ์ สารการ, 2560) การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2563) การศึกษาเชิงปริมาณก็ยังไม่สามารถอธิบายการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย จึงจำเป็นต้องศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน เพื่ออธิบายการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ยิ่งมากขึ้น นำมาสู่การและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนได้ตรงประเด็นที่แท้จริง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง สาเหตุพฤติกรรมรุนแรง ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง และความต้องการการดูแล ผลการวิจัยจะนำมาสู่ความเข้าใจมุมมองและความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

ข้อค้นพบที่ได้เป็นประโยชน์มากในการนำไปใช้สร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการก่อพฤติกรรมรุนแรง สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้

## 1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

## 1.3. คำถามการวิจัย

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

## 1.4. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามรหัสโรค ICD 11 ว่าเป็น F 20 With F 15.2 หมายถึง โรคจิตเภท ร่วมกับการเคยเสพยาบ้า (Schizophrenia with Amphetamine dependence) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง อยู่ในช่วงรับการติดตามต่อเนื่องจากคลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ช่วงเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย รวม 4 เดือน ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

## 1.5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

### 1.5.1. ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

**คำจำกัดความเชิงทฤษฎี** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามรหัสโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 11) ขององค์การอนามัยโลก ว่าเป็น F 20 With F 15.2 หมายถึง โรคจิตเภทร่วมกับการเสพติดแอมเฟตามีน (Schizophrenia with Amphetamine dependence) (สำนักวิชาการสุขภาพจิต, 2562)

**คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ปัจจุบันหยุดเสพแอมเฟตามีนแล้วนานกว่า 6 เดือน เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทร่วมกับการเสพติดยาบ้า (Schizophrenia with Amphetamine dependence) โดยจิตแพทย์อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติเข้ารับการรักษาโรคจิตเภทระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี อาการทางจิตสงบสามารถสื่อสารได้ ได้รับการขึ้นทะเบียนติดตามต่อเนื่องที่คลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่



### 1.5.2. พฤติกรรมรุนแรง

**คำจำกัดความเชิงทฤษฎี** หมายถึง การก่อความรุนแรงของบุคคลตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชตามเกณฑ์ Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI - V คือ มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

**คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ทำให้ผู้อื่นได้รับอันตราย ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามต่อเนื่องที่คลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นระยะเวลา 1 ปี

### 1.6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1.6.1. ผลการวิจัยสามารถนำมาประกอบการวางแผนทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมในแง่มุมมองของความรู้สึก การรับรู้ที่มุ่งเน้นการป้องกัน เฝ้าระวังไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำในชุมชน

1.6.2. สามารถช่วยครอบครัว หรือชุมชนให้รู้จัก และเข้าใจ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเพื่อจะได้ช่วยเหลือและเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1.6.3. นำไปพัฒนาชุดความรู้เรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรงให้กับครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ เครือข่าย และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง



## บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้กำหนดหัวข้อและอธิบายสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

### 2.1. ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

#### 2.1.1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 2.1.2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน

#### 2.1.3. พฤติกรรมรุนแรง

### 2.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1. ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมรุนแรง เป็นอีกหนึ่งกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) หรือ SMI-V พฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความผิดปกติทางด้านของความคิด พฤติกรรม การรับรู้ การรู้คิดของสมองที่แปรปรวน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิดของตนเองได้ในขณะที่มีอาการกำเริบ ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดแปลก ไม่สามารถดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ ร่วมกับสภาวะที่เกิดจากการใช้ยาบ้าโดยไม่สามารถหยุดยั้งซึ่งใจ ทำให้เกิดผลเสียต่อตนเอง หรือบุคคลอื่น การเสพติดนี้สามารถกลับเป็นซ้ำได้ ประกอบด้วย การเสพติดทางด้านกายภาพ (Physical dependence) และการเสพติดทางด้านจิตใจ (Psychological dependence) ส่งผลให้สมองส่วนที่พึงพอใจเกิดอาการอยาก พยายามเสาะแสวงหาทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เสพยาบ้า รัศมน กัลยาศิริ (2561) ได้อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสารยาบ้า ที่มีกลไกการหลั่งโดปามีน ทำให้โดปามีนออกมาจากถุงเก็บ (vesicle) ผ่านการยับยั้ง Vesicular monoamine transporter (VMAT) และตัวของสารยังทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเอาโดปามีนออกจากเซลล์บริเวณตัวรับกลับ ซึ่งปกติสมองของมนุษย์จะมีการทำหน้าที่เกี่ยวกับความสุข อาทิเช่น กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตทั่วไป เพื่อให้มั่นใจได้ว่ากิจกรรมที่ชีวิตดำเนินอยู่อย่างปกติได้รับการกระทำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจัดเป็นรางวัลตามธรรมชาติ แต่หลังจากที่เกิดกลไกสร้างสุขจากการหลั่งโดปามีนที่เกิดจากสารแอมเฟตามีนในยาบ้า จะได้รับการกระตุ้นให้ได้รับรางวัลแห่งความสุขมากกว่าสืบท่า จนเกิดการเสพติดยาบ้าในที่สุด

สำนักวิชาการสุขภาพจิต (2562) ได้อธิบายว่าโรคเสพติดยาบ้าว่า ภาวะการติดสารกระตุ้นประสาท (Stimulant dependence including amphetamines or methamphetamine) เป็นความผิดปกติของการควบคุมการใช้สารกระตุ้นประสาท ที่เกิดขึ้นจากการใช้สารกระตุ้นประสาทซ้ำ มีลักษณะสำคัญ คือ มีแรงผลักดันภายในอย่างรุนแรงให้ใช้สารกระตุ้นประสาท อาการเหล่านี้มักเกิดร่วมกับความต้องการใช้หรือความอยากใช้สารกระตุ้นประสาทอย่างมากอาจมีลักษณะทางสรีรวิทยา

ของการเสพติดแสดงให้เห็น คือ การทน (tolerance) ต่อฤทธิ์สารกระตุ้นประสาท ในช่วงเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ซึ่งนันทวิช สิทธิรักษ์ (2558) ได้อธิบายเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยของการเสพยาบ้า ไว้ว่า ต้องมีอาการอย่างน้อย 3 ข้อ ในช่วงระยะเวลาติดต่อกัน 12 เดือน 1) มีอาการดื้อยา (tolerance) มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ประกอบด้วย การเพิ่มปริมาณของยาบ้าเพื่อให้ เกิดอาการมึนเมา หรือผลของยาบ้าลดลงอย่างมากแม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณที่เท่าเดิม 2) อาการขาดยา (withdrawal symptom) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงของการขาดยาบ้า หรือการเสพยาบ้าเพื่อให้อาการขาดลดลง หรือเพื่อไม่ให้มีอาการ 3) เสพยาบ้าปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจ 4) มีความตั้งใจอยู่เสมอที่จะลดปริมาณการเสพลง แต่ไม่ประสบความสำเร็จ 5) ใช้เวลานานๆหมดไปกับ การได้ยาบ้ามา การเสพยาบ้า หรือการพักผ่อนให้หายมึนเมา 6) มีความบกพร่องในกิจกรรมที่เกี่ยวกับอาชีพการงาน สังคม หรือการพักผ่อน 7) เสพอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การเสพยาบ้าทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัยโรค (Medical diagnosis) เป็นกระบวนการเพื่อให้สามารถวินิจฉัยหาสาเหตุการเกิดโรค อาการ หรือ ภาวะผิดปกติต่างๆ เพื่อการรักษา ติดตามผล มี 2 วิธี ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยโรคทางคลินิก (Clinical diagnosis) และการสืบค้นจากข้อบ่งชี้ (Medical investigation) ที่ต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติม หรือการสืบค้นจากข้อบ่งชี้ที่ได้จากอาการผู้ป่วย ประวัติทางการแพทย์ต่างๆของผู้ป่วยมาประกอบดุลพินิจ (Maxine, Stephen and Michael, 2021)

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค ซึ่งโรคทางจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยทั่วไป ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบเกณฑ์การจำแนกออกเป็น 2 ระบบ ประกอบด้วย การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (The Diagnostic and Static Manual of Mental Disorders , Five edition; DSM-5) และการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกโดยใช้บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 11) พื้นที่ศึกษาใช้การจำแนกโรคทั้ง 2 ระบบ เพื่อให้สามารถอธิบายกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเสพติดยาบ้าและมีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างชัดเจนมากขึ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

### 2.1.1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีรหัสโรคที่ระบุตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกโดยใช้บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 11) มีรหัสโรคคือ F 20 (สำนักวิชาการสุขภาพจิต, 2562) จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคจิตเภท ดังนี้

#### 2.1.1.1. การวินิจฉัยโรคจิตเภท

นันทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ (2558) ได้อธิบายหลักการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่า ประกอบด้วย 6 หัวข้อ

1. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน อาทิเช่น อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน

(Hallucination) ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (Disorganized Speech) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด (Disorganized Behavior) หรือมีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (Catatonic Behavior) อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (Flattening Affect) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) หรือ ขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน social/occupational มาก เช่น ด้านการงานสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

4. ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder ต้องแยกโรค schizoaffective disorder และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต

5. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารเคมีหรือโรคทางกาย อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

6. มีความเกี่ยวเนื่องกับ pervasive developmental disorder หากมีประวัติ autistic disorder หรือ pervasive developmental disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) อธิบายหลักการวินิจฉัยตามเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (The Diagnostic and Static Manual of Mental Disorders , Five edition; DSM-5) ว่าประกอบด้วย 9 หัวข้อ ดังนี้

1. ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกแซงหายไปกระทันหันหรือถูกดึงไปจากบุคคลหรืออำนาจภายนอก (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน รู้หมดว่าตนคิดอะไรอยู่ (Thought broadcasting)

2. มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูงควบคุมบังคับให้ทำ (Delusion of control, Influence or passivity) โดยอาจแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusion perception) คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับ ความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะนั้นที่ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น เห็นจรรยาจรโบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าเป็นคนสำคัญของประเทศ

3. มีประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือเสียงคนถกเถียงกันเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือได้ยินเสียงจากบางส่วนของร่างกาย

4. มีความหลงผิดชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เช่นหลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้าหรือมีอาการต่อไปนี้อย่างชัดเจนอย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน

5. มีอาการประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างมาก (over-valued idea) ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน

6. มีความคิดแตกแยก หรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

7. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานานผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้อาหารผู้ป่วยจะยืน

8. มีอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พูดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ทื่อๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

9. มีอุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้านปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตัวเอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภท มีเกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่สำคัญ 2 ระบบ หนึ่งเกณฑ์ตามการวินิจฉัยโรคตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 5 และสองเกณฑ์การวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 ซึ่งทั้งสองเกณฑ์มีขั้นตอนการวินิจฉัยรายโรค ประกอบด้วยกลุ่มอาการ และมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินของอาการที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย 6 เดือน สามารถอธิบายความหมายของโรคจิตเภทได้ดังต่อไปนี้

#### 2.1.1.2. ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นการบิดเบือนด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา ความรู้สึก และพฤติกรรม กระทั่งลักษณะอาการมองเห็นภาพหลอน มีหูแว่ว หลงผิด ความเชื่อที่ผิด ๆ ที่คงที่ สะท้อนให้เห็นลักษณะของการเกิดพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นที่ความคิดและการรับรู้ที่แปรปรวนของผู้ป่วย

ชูลท์ซ และวีดีเบ็ค (Schultz and Videbeck, 2013) อธิบายว่า โรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตที่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิดที่แปรปรวน ประกอบด้วย เนื้อหาความคิด การรับรู้ ภาษาและกระแสดความคิด พฤติกรรมทางจิต อารมณ์ และการแยกตัว ก่อให้เกิดอาการทางจิตที่ผิดปกติขึ้น

บอยด์ (Boyd, 2015) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสัญญาณเตือนอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะมีอาการในช่วง 6 เดือน เช่น การรับรู้ที่บกพร่องแปรปรวน มีหูแว่ว ภาพหลอน มีพฤติกรรมทางจิตที่ผิดปกติ สามารถแบ่งระยะของโรคจิตเภท ได้ดังนี้ ระยะที่หนึ่ง ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal period) ระยะที่สอง ระยะกำเริบ (Acute illness) ระยะที่สาม ระยะอาการคงที่ (Stabilization) และระยะที่สี่ ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery) และระยะที่ห้า ระยะกลับเป็นซ้ำ (Relapses)

สำนักวิชาการสุขภาพจิต (2562) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติทางจิตใจหลายมิติ ได้แก่ ความคิด (thinking) การรับรู้ (perception) ประสบการณ์ส่วนตัว (self-experiences) การรู้คิด (cognition) ความเข้าใจสังคม (social cognition) และขาดความกระตือรือร้น (volition) เป็นต้น

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (2560) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ และยังพยากรณ์ว่าเป็นกลุ่มอาการที่เรื้อรังต้องรับการรักษาต่อเนื่องในอนาคต

นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ (2558) อธิบายว่า โรคจิตเภทมีความหมายโดยรวม คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ (2562) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน กระบวนการคิดและภาษาที่ยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบ พฤติกรรม การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ และอาการทางลบ เป็นต้น ซึ่งพบความชุกอยู่ร้อยละ 0.5 - 1.2 ของประชากรทั้งหมด เพศชายมักจะเริ่มมีอาการเริ่มต้นเร็วกว่าเพศหญิง โดยเพศชายจะเริ่มต้นมีอาการทางจิตเฉลี่ย อายุ 18 ปี ส่วนผู้หญิงจะเริ่มต้นมีอาการทางจิตเฉลี่ย อายุ 25 ปี และเมื่อมีผู้ป่วยป่วยจิตเภทครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 45 - 50 ปี ควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคออกจากสาเหตุของโรคทางกายอื่นๆ เช่น โรคของประสาทพุทธิปัญญา (neurocognitive disorders)



โดยสรุป โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านของความคิด พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งสะท้อนการรับรู้ของสมองที่แปรปรวน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิดของตนเองได้ในขณะที่มีอาการกำเริบ โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีสถิติมารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากที่สุด จากการทบทวนพบว่า การเกิดโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

### 2.1.1.3. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภท

ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ (2562) การเกิดโรคจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัย และเป็นเรื่องซับซ้อนที่เกิดจากกลุ่มอาการหลายอาการพร้อม ๆ กัน มีสาเหตุที่ทับซ้อนกันไปมา (Overlapping etiology) สาเหตุของการเจ็บป่วย ได้แก่ กลไกการทำงานของสมองที่ผิดปกติ สารสื่อประสาทที่แปรปรวน ยีนส์ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ภาวะทุพโภชนาการมาตั้งแต่ก่อนคลอด การบาดเจ็บในช่วงขณะคลอด หรือเหตุปัจจัยอื่น ๆ เป็นต้น

เมเยอร์ (Meyer, 1971) อธิบายว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพทางกาย โครงสร้างของสมอง สารเคมีในสมองแปรปรวน ความผิดปกติของพันธุกรรม และความเครียด

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2560) อธิบายว่า โรคจิตเภทมีสาเหตุเกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ยีนส์ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด การบาดเจ็บในวัยเด็ก ปัจจัยสิ่งแวดล้อม การย้ายถิ่นที่อยู่ คุณภาพของสภาพแวดล้อมที่เล็ยงดู การเสียเปรียบทางเศรษฐกิจและสังคม หรือการเกิดในชุมชนเมือง สาเหตุทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาที่พบว่าคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคจิตมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในชนบท และการใช้ยาเสพติด

อพรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) อธิบายปัจจัยเหตุของการเกิดโรคจิตเภท 4 ประการ ประการที่หนึ่ง ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ มีอัตราการเกิดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มญาติพี่น้องถึงร้อยละ 10 – 16 ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35 – 58 ฝาแฝดไข่คนละใบ มีอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 16 ประการที่สอง ปัจจัยทางด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการอธิบายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสารโดปามีน (dopamine) ในสมองที่มากเกินไป มีจำนวน Post synaptic receptor มากกว่าปกติ และมีความไม่สมดุล ระหว่าง excitatory action ของ อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) กับ inhibitory action ของโดปามีน (dopamine) และกาบา (GABA : gamma butyric acid) สะท้อนให้เห็นว่าสารสื่อประสาทที่แปรปรวน ไม่สมดุล มีมากหรือน้อยเกินไป ทำให้เกิดความอาการของโรคจิตเภทได้ ประการที่สาม ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) มีการศึกษาจากหลายทฤษฎีที่พบว่า การเกิดความผิดปกติของระยะพัฒนาการในวัยเด็กมักมีผลให้เกิดพยาธิสภาพของการทำหน้าที่ การปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และความพร้อมของสัมพันธภาพกับผู้อื่น จนเกิดความคับข้องใจและเป็นปัญหา

ด้านจิตใจในอนาคต และประการสุดท้าย ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการก่อโรคจิตเภท ฐานะความยากจน การเผชิญทางด้านความเครียดของประชากรที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำเผชิญสภาวะกดดันเครียด มากกว่าประชากรที่ฐานะทางเศรษฐกิจสูง หรือแม้กระทั่งบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กจะไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลกระทบให้เกิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ในอนาคต

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factors) ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) ซึ่งในทางคลินิกโรคจิตเภทประกอบด้วยหลายกลุ่มอาการ เช่น อาการด้านบวกที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม หรืออาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และอาการด้านลบ ที่ผู้ป่วยผิดปกติ ขาดหรือบกพร่อง เช่น อาการเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด พูดน้อยหรือไม่พูด เฉื่อยชา แยกตัวมากไม่เข้าสังคม และการดำเนินโรคมักจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มมีปัญหากการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม ความจำ สมาธิ และมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย 6 เดือน อาการของโรคจิตเภทสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

#### 2.1.1.4. อาการของโรคจิตเภท

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (2560) อธิบายอาการของโรคจิตเภทว่าเกี่ยวข้องกับ 3 กลุ่มอาการ ประกอบด้วย ประการที่หนึ่ง อาการด้านบวก (positive symptoms) ตัวอย่างเช่น มีอาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior) ประการที่สอง อาการด้านลบ (negative symptoms) ตัวอย่างเช่น อารมณ์ที่อ้อและเฉยเมย (blunted affect) ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว และประการที่สาม อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) และมีความบกพร่องความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ (2559) อธิบายอาการหลักของโรคจิตเภท ออกเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย ประการที่หนึ่งอาการด้านบวก (positive symptoms) ลักษณะอาการ เช่น อาการหลงผิด ที่เป็นความเชื่อฝังแน่น หยั่งรากลึกจนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถึงแม้จะมีการอธิบายเชิงเหตุผล

หรือใช้หลักฐานเป็นข้อมูลแย้งกับผู้ป่วยก็จะมีผลลงผิด เป็นต้น อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ปราศจากสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น เช่น หูแว่ว ภาพหลอน การได้กลิ่น การรับรส หรือการสัมผัสสัมผัสทางร่างกายที่ผิดปกติ ความผิดปกติของความคิด (disorganized thinking) โดยผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การแสดงออกทางคำพูดที่ไม่สามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (disorganized speech) ความผิดปกติของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่มีจุดมุ่งหมาย ประการที่สองอาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น พูดน้อยหรือไม่พูด อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด ขาดความสุข และไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประการที่สาม อาการด้านความคิด (cognitive symptoms) ลักษณะอาการ เช่น สมาธิแย่ง ไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ การตีความ หรือการตอบสนองบกพร่อง หรือไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ประการที่สี่ อาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) มักเป็นลักษณะอาการร่วมที่พบบ่อย เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกผิด หรือหงุดหงิด หรืออารมณ์ครั้นเคร่ง แต่อารมณ์เหล่านี้อาจจะยังไม่ชัดเจนและอาการอื่นๆที่อาจจะพบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป มีอาการความผิดปกติทางความคิดเกี่ยวกับสังคม หรืออื่นๆ เป็นต้น

ดังนั้นอาการของโรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่บ่งบอกถึงลักษณะกระบวนการคิดที่ผิดปกติ นำไปสู่กระแสความคิดและพฤติกรรมที่แปรปรวนจากคนทั่วไป ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการหลัก อาทิเช่น อาการด้านบวก (positive symptoms) อาการด้านลบ (negative symptoms) อาการด้านความรู้คิด (cognitive symptoms) และอาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) ในปัจจุบัน การรักษาโรคจิตเภทมีรูปแบบการบำบัดรักษาทางชีวภาพ และจิตสังคมบำบัด ดังต่อไปนี้

#### 2.1.1.5. การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) เป็นหลัก และหากมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยก็รักษาตามกลุ่มอาการ เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์ครั้นเคร่ง ใช้ยารักษาควบคู่กันไป ประกอบกับวิธีการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด โดยวิธีบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) หรือเรียกว่า CBT จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ, 2562) การรักษาโรคจิตเภท ที่เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยใน ใช้สำหรับในกรณีผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น เกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรง ไม่รวมมีรักษาในกินยา ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีพฤติกรรมวุ่นวายอย่างมาก มีอาการของโรคทางกายหรืออาการทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัย ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หรือมีปัญหาในการวินิจฉัยโรค (นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งเป็น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



### 1) การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ กลุ่มยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) มีการนำมาใช้รักษาเพื่อควบคุมอาการทางจิตและลดอาการกำเริบทั้งกลุ่มเก่า กลุ่มใหม่ มีคำแนะนำว่าการเลือกชนิดยาควรคำนึงถึงผลข้างเคียงของยา การยอมรับยา ราคา ยา ศึกษาประวัติที่เคยตอบสนองต่อการรักษา และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เมื่อเลือกชนิดยาแล้ว ควรให้ยาในขนาดที่เหมาะสมหรือขนาดสูงสุดในการรักษาติดต่อกันนาน 4 – 6 สัปดาห์ ก่อนจะประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล หลังจากนั้นจึงเลือกใช้ยาชนิดอื่นแทน หากผู้ป่วยไม่กินยา ควรพิจารณาเลือกใช้ยาชนิดที่มีฤทธิ์นาน (Long Acting) ทุก 2 – 4 สัปดาห์ การรักษา สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดอาการทางจิตและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเริ่มจากขนาดต่ำ เพราะหากเกิดอาการข้างเคียงจากยาแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการรักษา ควรค่อยๆปรับเพิ่มขนาดยาจนถึงขนาดที่ควบคุมอาการได้ ระยะทำให้คงที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ควบคุมอาการและลดโอกาสที่อาการจะรุนแรงขึ้น หลังจากอาการสงบแล้ว ต้องได้รับยาขนาดเดิมต่อเนื่องอีก 6 เดือน และระยะคงที่มี มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกำเริบและส่งเสริมการฟื้นฟูทางจิตเวชโดยให้ยาขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกจะพิจารณาหยุดยา เมื่อไม่มีอาการเลยอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต ส่วนที่สอง ยากลุ่มอื่นๆ เช่น ยา Benzodiazepine มีประโยชน์สำหรับช่วยสงบอาการในระยะสั้น และยาต้านเศร้า ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

### 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) หรือเรียกสั้นๆ ว่า ECT เป็นวิธีการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าที่มีความเข้มข้นต่ำผ่านสมองเป็นระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดอาการชัก ซึ่งจะส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น อธิบายได้ว่าเมื่อสารสื่อประสาทหลั่งอย่างต่อเนื่องดีแล้ว กระบวนการทำงานทางจิต รวมถึงสภาวะทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่างๆ ก็จะกลับสู่ภาวะปกติ ใช้การรักษาวิธีนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา มีอาการรุนแรงมาก หรือชนิด Catatonia ซึ่งสอดคล้องกับปลฐวี ปริญาภาพ และมุฑิตา พนาสภิต (2561) กล่าวว่า ข้อบ่งชี้ของ ECT รักษา กลุ่มโรคหรืออาการทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) ในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ยกตัวอาการเช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต้องการผลการรักษาที่รวดเร็วและไม่สามารถรอรยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาชนิดรับประทานได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของนาริรัตน์ ทองยินดี และคณะ (2563) อธิบายว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่ใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวเหนี่ยวนำให้เกิดอาการชัก เพื่อทำให้ระดับของสารสื่อประสาทเปลี่ยนแปลงกลับสู่สมดุล และสามารถออกฤทธิ์ที่เฉพาะเจาะจงทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

### 3) การรักษาทางจิตสังคม

การรักษาทางจิตสังคมถือเป็นส่วนสำคัญของการรักษาในบทบาทที่เกี่ยวข้องของพยาบาล ควรทำความเข้าใจกับการรักษาด้วยยา สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย มีการสนับสนุนช่วยเหลือเต็มที่ ใช้การบำบัดหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กลุ่มบำบัด การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการใช้นิเวศน์บำบัด ประเด็นแรก จูฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2557) ได้อธิบายว่า บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ การเป็นผู้นำกลุ่มบำบัด ซึ่งมีผลในการช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยพัฒนาทักษะทางด้านสังคม นอกจากนั้นการทำกลุ่มบำบัดยังช่วยป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) ได้สรุปผลการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับรองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ไว้ว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับรองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการบำบัดสามารถบรรเทาการรับรู้ตราบาปให้ลดลงได้ ประเด็นที่สอง การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น การศึกษาของชนวนท์ จันทร์สุข และคณะ (2562) อธิบายว่าผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับคำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ อธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน มุ่งเน้นที่การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งถือเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิต การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่องกับผู้ป่วย นอกจากทำให้อาการของผู้ป่วยไม่กำเริบแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถในทำหน้าที่หรือประกอบอาชีพตามศักยภาพได้ ประเด็นที่สาม กรมสุขภาพจิต (2561) อธิบายการใช้นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) ไว้ว่า เป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลด้านจิตเวชรูปแบบหนึ่ง มุ่งให้ความสำคัญกับบุคลากรและสภาพการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น กระทั่งช่วยพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นของผู้ป่วยโดยการจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ปลอดภัย ช่วยเยียวยาจิตใจผู้ป่วยให้มีบรรยากาศเหมือนหรือคล้ายกับอยู่ที่บ้าน เช่น บริเวณหอผู้ป่วยมีมุมพักผ่อนหย่อนใจ มุมอ่านหนังสือ จัดสวนดอกไม้ในบริเวณหอผู้ป่วย จัดบรรยากาศเอื้อให้ผ่อนคลายลดพฤติกรรมก้าวร้าว อาทิ มุมดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง เพื่อความบันเทิง ติดตามข่าวสาร เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรักษาโรคจิตเภท หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่สามารถช่วยบรรเทาอาการที่แปรปรวนทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมของผู้ป่วยให้เข้าสู่สภาวะปกติสุขได้ ซึ่งการรักษามีหลากหลายวิธีการ เช่น การรักษาทางกายภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางสังคม ได้แก่ กลุ่มบำบัด การให้คำปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้หลักนิเวศน์บำบัด และการบำบัดรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ซึ่งสามารถบรรเทาอาการที่อยู่ในสภาวะที่ไม่สมดุลของผู้ป่วย ให้พ้นหายทุเลาจากสภาวะนั้นช่วยยั้งยั้งป้องกัน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อันจะทำให้เกิดผลเสียต่อตนเอง หรือบุคคลอื่นในวงกว้าง อีกทั้งปัจจุบันพบว่ามีการใช้แอมเฟตามีนในผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ดังนี้

### 2.1.2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงและทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกระดับ (Wang, Petrini & Morisky, 2016) จึงนับเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โรคจิตเภทพบร้อยละ 1 หรือมากกว่า 21 ล้านคนของประชากรทั่วโลก ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.3 - 0.7 ประเทศไทยระบาดวิทยาความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 0.17 ที่สำคัญคือพบในเพศชายมากที่สุดโดยมีจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) จากข้อมูลผู้รับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.19 เมื่อพิจารณาข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ระหว่าง พุทธศักราช 2560 ถึง พุทธศักราช 2562 มีผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด 380,401 , 375,026 , 273,817 ราย ตามลำดับ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด 84,968 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.03 อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 19,888 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.41 อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ จำนวน 5,741 , 6,745 , 3,119, 4,283 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2564) อัตราความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 2.3 - 13 ของประชากรทั่วไป จากสถิติ 1 ใน 20 ของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท สูงถึง 138 ราย ต่อ 1,000 ราย (Varshney M., et al, 2015) และพบว่าเพศชาย ร่วมกับการมีประวัติใช้สารเสพติด เช่น การดื่มสุราหรือเสพยาแอมเฟตามีน ประกอบกับมีประวัติเคยใช้ความรุนแรงมาก่อน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากที่สุด (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2559)

ข้อมูลจากคลินิกฟ้าใสซึ่งเป็นพื้นที่ที่สนใจศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเสพยาบ้า และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปีพุทธศักราช 2563 จำนวน 21 ราย ได้รับการส่งต่อรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ คิดเป็นร้อยละ 18.90 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 111 ราย และเมื่อทบทวนข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี เริ่มตั้งแต่ พุทธศักราช 2559 ถึง มีนาคม พุทธศักราช 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเสพยาบ้ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรง จำนวน 23 , 18 , 15 , 22 , 21 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 76 , 63 , 57 , 104 , 36 ครั้ง ตามลำดับ (โรงพยาบาลห้วยเม็ก, 2564)

โดยสรุป โรคจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนยังคงเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด ดังนี้

### 2.1.3. พฤติกรรมรุนแรง

#### 2.1.3.1. ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง

กรมสุขภาพจิต (2563) อธิบายว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นลักษณะวิธีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง การทำให้หวาดกลัว การสะเทือนขวัญในชุมชน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เช่น ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ เจตนาชน หรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์ จี้ตัวประกัน พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สินเสียหาย ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ทำอนาจาร เปลือยกายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ ช่มชู้ หลั่งละเมิดทางเพศ กระทำซ้ำเราผู้อื่น และบุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น เป็นต้น

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2561) ได้อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลังที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน

อรวรรณ ฮ่องต้อ (2563) อธิบายว่า พฤติกรรมรุนแรงว่า พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมักเริ่มต้นมาจากความโกรธ กลไกการควบคุมอารมณ์โกรธ เก็บกดไว้ ไม่แสดงออกหรือแสดงอารมณ์โกรธออกมาเป็นพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่รุนแรง

ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสวงเจริญ (2556) อธิบายว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช อาการสำคัญที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษา คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 81.97 ในประเทศไทยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาในเขตเมืองมีความชุกของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 24.6 แต่ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ตามสถานการณ์การอยู่ร่วมกับครอบครัวในสภาพชีวิตจริงของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกจากแรงขับภายในจิตใจที่เป็นผลมาจากความโกรธแค้น ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจให้กระทำพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งมาจากหลายปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของสภาวะโน้มนำให้แสดงออก ทั้งทางด้านความคิด คำพูด พฤติกรรม จากปัจจัยเสี่ยงดังนี้

### 2.1.3.2. ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรง

มีงานวิจัยที่ทำการศึกษปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง สามารถสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ฟาเซล และคณะ (Fazel et. al., 2009) ได้อธิบายว่า โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด พบปัจจัยเสี่ยง มีความรุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด 4,276 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของก่ออาชญากรรมรุนแรง

หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (2559) กล่าวว่า ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง ได้แก่ การเป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เป็นโรคจิตจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงมาก่อน การใช้ชีวิตเร่ร่อน มีบทบาทหน้าที่ต่ำ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ใช้ความรุนแรง ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย และการเข้าถึงบริการได้น้อย จะมีโอกาสเกิดความรุนแรงสูงกว่า

สุกัญญา สดศรี (2560) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัว ในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ขอบังคับขู่เข็ญ มีนิสัยก้าวร้าว อารมณ์ร้อน ดื่มสุรา มีความเครียดมาจากการทำงาน หรือในบางรายอาจมีสมาชิกที่ติดสารเสพติด จะมีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่สมาชิกไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย การเป็นเพศชาย การได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท มีประวัติใช้สารเสพติด มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงมาก่อน ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวมีประวัติใช้ความรุนแรง อารมณ์ร้อน ลักษณะงานที่เครียด ขาดการรักษาต่อเนื่อง และไม่ตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย ทำให้การเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากอิทธิพลจากพฤติกรรมรุนแรงต่าง ๆ ตามมา สามารถอธิบายได้ดังนี้

### 2.1.3.3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลของพฤติกรรมรุนแรง

มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของพฤติกรรมรุนแรง ดังผลการศึกษาดังต่อไปนี้

เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2554) ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษา พบว่า มีอิทธิพลมาจากความก้าวร้าวที่บุคคลไม่สามารถระงับได้ หรือไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงถึงร้อยละ 24.6 และผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์ในทางบวก



ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงเจริญ (2556) ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 40.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นด้านจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 39.2 มีลักษณะพฤติกรรมรุนแรง 3 ลำดับ คือ ตวาด ดุ ด่าทอด้วยคำหยาบคาย ส่งเสียงดัง ร้อยละ 30.4 เขย่าประตู่ เปิดปิดประตู่เสียงดัง ร้อยละ 20.6 และแข่ง ตำหนิ แสดงท่าทีจะทำร้าย ร้อยละ 19.6

นุชณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย (2563) ศึกษาผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่งผลต่อการจัดการรายกรณี และมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมรุนแรงมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และระบบการให้การติดตาม อาทิเช่น ด้านบุคคลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมตนเองได้ ด้านครอบครัวและชุมชน ต้องรองรับกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และด้านระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนต้องมุ่งเน้นที่การจัดการรายกรณีเพื่อให้สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม รายกรณี ซึ่งการเฝ้าระวังและการติดตาม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชนสามารถอธิบายได้ดังนี้

#### 2.1.3.4. การเฝ้าระวังและการติดตาม

กรมสุขภาพจิต (2563) อธิบายว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชนต้องได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือน อาการกำเริบ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง หรือผู้อื่นซ้ำ ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลช่วยเหลือและสามารถจัดการความเสี่ยงได้ ติดตามหลังจำหน่ายในเดือนที่ 1,3,6,9,12 ตลอดระยะเวลา 1 ปี และหลังจากปีที่ 2 ให้ติดตามทุก 6 เดือน หรือขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2559) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการทบทวนของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลได้กำหนดนิยาม คำว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยก่อความรุนแรง เช่น เคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตในชุมชน ให้ติดตามต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับทีมในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การเฝ้าระวังและการติดตามในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชนต้องได้รับการติดตาม อย่างน้อย 1 ปี หรือขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุม

## 2.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มณฑาทิพย์ ชัยเปรม (2554) ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียน (chart review) ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่จำหน่ายในช่วง 1 ตุลาคม 2553 - 30 กันยายน 2554 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 17.92 ส่วนใหญ่ก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น รองลงมาเป็นก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวทำลายทรัพย์สิน และก้าวร้าวทำร้ายตนเองซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสัญญาณเตือนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อสังเกตอาการและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง 3) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผลการวิจัยพบว่า 1) อัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 24.6 (32 คน จาก 130 คน) 2) ประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $C = 250, P < 0.01$ ) อายุและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางชุกของ ลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $P < 0.01$ ) และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) เพศการใช้สารเสพติดและอาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงเจริญ (2556) ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติรับยาที่โรงพยาบาลห้วยราช มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในอำเภอห้วยราช ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เรื่องพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป รวม 13 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล รวม 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ลักษณะความรุนแรง ประกอบด้วย คำถามพฤติกรรมรุนแรง 1) ต่อร่างกายตนเอง 8 ข้อ

2) ต่อร่างกายสมาชิกครอบครัว 8 ข้อ 3) ต่อจิตใจ/อารมณ์ต่อสมาชิกครอบครัว 7 ข้อ 4) ด้านการเงินและทรัพย์สินต่อสมาชิกครอบครัว 9 ข้อ 5) ทางเพศสมาชิกครอบครัว จำนวน 7 ข้อ รวม 3 ข้อ ส่วนที่ 3 ลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรงประกอบด้วย คำถามวิธีการจัดการของสมาชิกครอบครัว 25 ข้อ และข้อที่ 26 เป็นคำถามเพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ตอบถึงวิธีการจัดการอื่นที่เคยใช้จัดการกับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงที่นอกเหนือจาก 25 ข้อ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 40.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ด้านจิตใจ อารมณ์ร้อยละ 39.2 ด้านการเงินและทรัพย์สิน ร้อยละ 24.5 ด้านร่างกาย ร้อยละ 17.7 ด้านเพศ ร้อยละ 6.7 และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง ร้อยละ 13.7 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงสูงสุด 3 ลำดับ ดังนี้ ตวาด/ดู/ด่าทอด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง ร้อยละ 30.4 เขย่าประตู/เปิดประตูเสียงดัง ร้อยละ 20.6 แชน/ตำหนิแสดงท่าทีจะทำร้าย ร้อยละ 19.6 ลักษณะการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ที่ใช้มากที่สุด 3 ลำดับ คือ การพูดคุยด้วยเหตุผล ปลอดภัยให้กำลังใจ ร้อยละ 92.7 ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความโกรธร้อยละ 80.5 พุดชมผู้ผู้ป่วยเพื่อให้หยุดอาละวาด ร้อยละ 58.5

หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (2559) ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ชื่อ Prasri violence severity scale (PVSS) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ในระยะที่ 1 การพัฒนาข้อคำถามและทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา และระยะที่ 2 ศึกษาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูง จำนวน 118 คน วิเคราะห์ข้อมูลความตรงเชิงโครงสร้างด้วย exploratory factor analysis เปรียบเทียบความตรงร่วมสมัยกับ CGI ด้วย Spearman correlation coefficient และความสอดคล้องภายในข้อคำถามด้วย Cronbach's alpha coefficient ผลการวิจัยพบว่า PVSS เป็นมาตรวัดแบบให้คะแนนประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ องค์ประกอบ คือ ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงต่อตนเอง อธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ 79.63% มีความตรงร่วมสมัยกับ CGI ที่ประเมินโดยจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = 0.75$ ) มีความสอดคล้องภายในระดับดีมากด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.89 ดังนั้น สามารถนำไปใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงต่อไป

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ชมพูนุท โมราชาติ และกชพงษ์ สารการ (2560) ศึกษากลยุทธ์การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 10 เป็นการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน 1) การพัฒนากลยุทธ์โดยการสนทนากลุ่มใน



กลุ่มเป้าหมาย 120 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 6 ประเด็น 2) ประเมินกลยุทธ์ฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและ 3) ทดลองใช้กลยุทธ์กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษา: 1) กลยุทธ์ฯ มีเป้าประสงค์ 5 ประการ คือ 1) มีความเหมาะสมกับบริบท 2) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 3) พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจในกลยุทธ์ฯ 4) พยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เพิ่มขึ้นทัศนคติที่ดีขึ้น ความเชื่อมั่นมากขึ้น มีทักษะ และมีการพัฒนาสมรรถนะตามกลยุทธ์ 2) ผลการประเมินกลยุทธ์ฯ ด้านความเหมาะสม การยอมรับได้และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก 3) ผลการทดลองใช้กลยุทธ์ฯ พบว่าคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่นหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การฝึกทักษะผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 100

ศิริพรรณ ธนัชชัย และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2562) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview : M.N.) ฉบับภาษาไทย 3) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 4) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย 5) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและ 6) แบบประเมินความรุนแรงในชุมชน (MacArthur Community Violence Instrument : MCVI) ผลการวิจัยพบว่า 1) ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ คือ การกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่าความรุนแรง ร้อยละ 84.80 และระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive acts) ร้อยละ 42.90 2) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง อาการทางบวก และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) พบว่า เพศ อาการทางลบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ศึกษาในส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรมีการศึกษาเพิ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมต่อไป

พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เป็นวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเพศชายและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช จับคู่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมการจัดการความโกรธ ที่เน้นการปรับความคิด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธ ที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรรณิ ศิรินทรางกูร นพรัตน์ ไชยธานี และ เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน (2562) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นการวิจัยและพัฒนา สามารถแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม และ 2) ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญสติบำบัด จำนวน 2 คน ผู้ดูแล จำนวน 4 คน และผู้ป่วย จำนวน 4 คน และ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 60 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด มีค่า IOC เท่ากับ .80 2) แบบประเมินการแสดงความโกรธตามแนวคิดของสปีเบอร์เกอร์ รีดเซอร์และไซต์แมน ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้เท่ากับ .70 และ และ 3) แบบวัดสุขภาวะตามแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .93 ผลการวิจัย พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการลดการแสดงความโกรธและส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้

เพชร คันธสายบัว และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวน 117 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินอาการทางจิต 3) แบบวัดความก้าวร้าว 4) แบบวัดความหุนหันพลันแล่น 5) แบบวัดไซโคพาท และ 6) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59.8 อายุเฉลี่ย  $37.2 \pm 10.3$  ปี ไม่ได้เรียนหรือเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 31.6 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 66.7 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศหญิง การศึกษาระดับอุดมศึกษา มีประวัติการใช้สารเสพติด มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวใน 1 ปี และมีคะแนนอาการทางจิตระดับสูง สรุปจากการวิจัย จากผลศึกษาดังกล่าวสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงและสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างปกติ

นุชณี เอี่ยมสะอาด ปัทมวิเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย (2563) ศึกษาผลของการจัดการรายการหนี้ต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม พุทธศักราช 2560 ถึง เดือนกันยายน พุทธศักราช 2561 ใช้การสุ่มอย่างง่าย จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน 9 ด้าน แบบประเมินความสามารถโดยรวม การจัดการรายการหนี้สำหรับพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงในชุมชนของสหวิชาชีพ

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2563) ศึกษาการพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยและพัฒนา ตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ทำการทดสอบและปรับปรุงครั้งที่ 1 กับผู้ป่วยในโรคจิตเภท จำนวน 10 คน โดยมุ่งเน้นปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในและใช้งานง่าย จากนั้นนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรคจิตเภท จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สุ่มโดยการจับคู่ระดับอาการทางจิต คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อายุและเพศที่ใกล้เคียงกัน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินก่อน และหลังการบำบัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะหลังการทดลองลดลง จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะหลังการทดลองต่ำกว่า

ผู้วิจัยได้นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ทำให้ได้องค์ความรู้มาเป็นแนวทางในการดำเนินวิจัยการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มาเป็นระเบียบวิธีการวิจัยครั้งนี้

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจการรับรู้ ความหมาย ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ต่าง ๆ ซึ่งการจะเข้าใจการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเสียง การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยหัวข้อ

- 3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก
- 3.2 พื้นที่ที่ศึกษา
- 3.3 ระยะเวลาที่ศึกษา
- 3.4 เครื่องมือหรือแนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์
- 3.6 การเก็บข้อมูล
- 3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) แบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ผู้ให้ข้อมูลหลักมีคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน มีคุณสมบัติ ดังนี้

##### 3.1.1. เกณฑ์คัดเข้า

3.1.1.1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค Schizophrenia with amphetamine dependence หรือรหัสโรคตาม ICD-10 คือ F20 with F15.2 เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่

3.1.1.2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทชายเคยเสพติดแอมเฟตามีน ปัจจุบันหยุดเสพแอมเฟตามีน เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป

3.1.1.3. มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

3.1.1.4. เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI – V) อยู่ในช่วงติดตามต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง

3.1.1.5. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการคงที่ (Stabilization) ตั้งแต่หลังจำหน่ายถึง 6 เดือน หรือระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery) 6 เดือน ถึง 1 ปี

3.1.1.6. มีค่าคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต (ในข้อที่ 11 ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการหวาดระแวง หรือ ค่าคะแนนต้องเท่ากับ 1 คะแนน) และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม

3.1.1.7. สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี พูดคุยเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้ และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี

3.1.1.8. สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้

### 3.1.2. เกณฑ์คัดออก

3.1.2.1. มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

3.1.2.2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

## 3.2. พื้นที่ที่ศึกษา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ บริเวณวัดในชุมชน และบ้านของผู้ให้ข้อมูล

## 3.3. ระยะเวลาที่ศึกษาย

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง เดือนตุลาคม 2564

## 3.4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้วิจัย แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการเก็บข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.4.1. ผู้วิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนั้น การเตรียมตัวของผู้วิจัยจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวและเตรียมความพร้อมดังต่อไปนี้



3.4.1.1. ผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด (Program of Nursing Specialty in Drug and Substance Abuse Users) หลักสูตร 4 เดือน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (program of Nursing Specialty in Mental Health and Psychiatric Nursing) หลักสูตร 4 เดือน ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ผ่านการอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพื่อการคืนสู่สุขภาพ (Recovery) ที่โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และผ่านการอบรมหลักสูตรการฝึกการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.4.1.2. ผู้วิจัยผ่านการเรียนรายวิชา 0401 623 วิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในรายวิชานี้ การสอนมีการฝึกภาคปฏิบัติ โดยทำการศึกษานำร่อง (pilot study) จำนวน 2 รายการนี้ ทบทวนเนื้อหาปรัชญา การออกแบบแนวคำถาม การฝึกสัมภาษณ์ ถอดเสียงจากเครื่องบันทึกเสียง วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

#### 3.4.2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

##### 3.4.2.1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะการใช้ชีวิตคู่สมรส ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน ความรู้สึกต่อตนเอง ลักษณะนิสัย พฤติกรรมรุนแรงก่อนป่วย ลักษณะอาการเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์ความรุนแรง และอิทธิพลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

##### 3.4.2.2. ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-Depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) ที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาสร้างแนวคำถามภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้เก็บข้อมูลจริง ประกอบด้วยข้อคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (guided question) ข้อคำถามมีความยืดหยุ่น ไม่เรียงลำดับก่อนและหลัง

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบตามความเข้าใจของท่าน

1. ท่านรับรู้หรือเข้าใจความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่าอย่างไร/  
พฤติกรรมรุนแรงหมายความว่าอย่างไร
2. ขอให้ท่านบอกเล่าประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นว่า  
เป็นอย่างไร อย่างละเอียด/ท่านมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมรุนแรงบ้าง
4. พฤติกรรมรุนแรงนั้นมีผลกระทบกับตัวท่านเอง หรือผู้อื่น  
อย่างไร
5. จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านมีความต้องการการดูแล/ความ  
ต้องการ การแก้ไข/การป้องกันพฤติกรรมรุนแรงอย่างไร
6. ท่านมีความรู้สึกต่อพฤติกรรมรุนแรงนั้นอย่างไร

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรม ปัญหา วัตถุประสงค์ และคำถามวิจัย แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 2 ราย พร้อมกับบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์เชิงลึก และจดบันทึกภาคสนาม ปฏิกริยา สีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งบันทึกบรรยากาศในการสัมภาษณ์และสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อีกกลับมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการถอดเทปและวิเคราะห์ทีละราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุม ความชัดเจน และความเข้าใจของข้อคำถามต่าง ๆ รวมถึงปฏิกริยาที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลักต่อข้อคำถาม และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ข้อคำถามกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อการปรับปรุงให้ข้อคำถามมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และให้มีความต่อเนื่องในการถาม รวมทั้งทำการปรับแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

#### 3.4.3. เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการรวบรวมข้อมูล

##### 3.4.3.1. เครื่องบันทึกเสียง

##### 3.4.3.2. แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม (field note)

### 3.5. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 224-215/2564 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2564 วันหมดอายุ 8 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน ดังนี้

3.5.1.1. ผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตนเองด้วยวาจาและชี้แจงถึงโครงการวิจัยจากเอกสาร ถึงที่มาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการ รวมทั้งเปิดโอกาสผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนซักถามข้อสงสัย

3.5.1.2. เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดอย่างครบถ้วนแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนทราบว่าตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการสุขภาพแต่อย่างใด หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลสมัครใจยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจึงมีการให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน

3.5.1.3. ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนทราบว่าตนเองมีสิทธิปฏิเสธการตอบคำถาม การยุติการเข้าร่วมวิจัย และถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา หรือเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกไม่สบายใจ ไม่พร้อมในการตอบคำถาม

3.5.1.4. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้ง และการสัมภาษณ์ การจดบันทึก หรือการบันทึกเสียงการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้รหัส ตั้งแต่ ID 01 – ID 15 แทนการเขียนชื่อ สกุลผู้ให้ข้อมูลหลัก ไม่มีการเขียนชื่อ สกุล หรือหลักฐานใด ๆ ที่สามารถนำไปเชื่อมโยงไปหาผู้ให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด

3.5.1.5. ผู้วิจัยได้นัดหมายล่วงหน้าในการสัมภาษณ์ คำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ และให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต การดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลักให้มากที่สุด ผู้ให้ข้อมูลเลือกให้สัมภาษณ์ทั้งที่บ้านของตนเอง ที่ลานวัด และพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน

3.5.1.6. ผู้วิจัยได้รักษาความลับและป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้วยการปกปิดชื่อ สกุล และทำการถอดเทปการให้สัมภาษณ์ การพิมพ์บันทึกข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ โดยผู้วิจัยดำเนินการเพียงคนเดียว และเตรียมทำลายเอกสารการสัมภาษณ์ เสียงบันทึกในเครื่องบันทึกเสียงที่เกี่ยวข้องและทำลายทิ้งด้วยตนเองหลังสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ภายในระยะเวลา 1 ปี โดยเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ที่ลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย มีกุญแจเก็บปิดไว้ตลอดเวลา

3.5.1.7. ผู้วิจัยได้คำนึงถึงผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ ได้สัมภาษณ์ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว อากาศถ่ายเทได้สะดวก รู้สึกปลอดภัย และเลือกในวันที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกที่มาตามนัด มีการนัดหมายและแจ้งให้ทราบล่วงหน้า พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบว่า ในการสัมภาษณ์นี้



ไม่มีคำตอบแทน ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง และขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดเวลา ไม่เกิดอันตรายและมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งขณะที่ทำการสัมภาษณ์ สถานการณ์ขณะสัมภาษณ์ราบรื่นดี ไม่มีอันตรายหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น

3.5.1.8. ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนได้รับสิทธิในการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันตามมาตรฐานของวิชาชีพและตามหลักศีลธรรม ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลที่มิสิทธิประโยชน์กับผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ร่วมวิจัย การร่วมซักถามข้อสงสัยทุกคน มีการร่วมเสนอความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในประเด็นในการวิจัย ไม่แตกต่างกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

### 3.6. การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีวิธีการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

3.6.1. หลังจากการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการพิจารณารับรอง เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2564

3.6.2. หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

3.6.3. ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และได้ประสานงานขอความอนุเคราะห์พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชำนาญทางไปยังบ้านของผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำเข้าพบผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.6.4. ผู้วิจัยไม่ได้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยที่คลินิกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเอกสารชี้แจงโครงการ และได้เข้าพบผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อขออนุญาตด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดและครอบคลุมที่สุด ได้อธิบายจนผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การศึกษานี้ไม่มีคำตอบแทน ผู้วิจัยได้ขออนุญาตฉบับที่ ก

และบันทึกเสียงทุกครั้ง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย อธิบายให้ทราบให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง ทั้งทางตรงและทางอ้อม และผู้ให้ข้อมูลหลักยังได้รับการให้บริการทางด้านสุขภาพตามปกติ ไม่เร่งรัดผู้ให้ข้อมูลหลักให้ตอบในขณะนั้น ให้เวลาในการคิดทบทวนเพื่อการตัดสินใจ ใช้เวลา 3 วัน และได้กลับไปถามผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้งหนึ่ง และเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ให้ลงลายมือชื่อในการเข้าร่วมการวิจัย

3.6.5. ผู้วิจัยได้นัดหมายทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก สบายใจ มีความเป็นส่วนตัว และรู้สึกปลอดภัย มีทั้งที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ลานวัดในหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่บริการของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ประสานไปยังเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยนำทางไปยังบ้านของผู้ให้ข้อมูล และได้นำเข้าพบผู้ให้ข้อมูลหลักเมื่อมีการลงพื้นที่ทุกครั้ง อย่างน้อย 1 คน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.6.6. การสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที และเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม อีก 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาเพิ่มเติมประมาณ 30 นาที ผู้ให้ข้อมูลหลักอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์ที่ลานวัดประจำหมู่บ้านอีกครั้ง สะดวกใจที่จะให้สัมภาษณ์

3.6.7. ก่อนการสัมภาษณ์ และขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขจัดความคิดเห็นส่วนตัวออกจากสิ่งที่จะทำการศึกษา (bracketing) โดยตระหนักรู้ต่อตนเองอยู่เสมอ

3.6.8. ผู้วิจัยได้รักษาข้อมูลและความลับโดยจัดเก็บการจดบันทึก เทปบันทึกเสียง การให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจะเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ที่ลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย มีกุญแจเก็บปิดไว้ตลอดเวลา เพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการทำลายข้อมูลหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นด้วยตนเอง

3.6.9. ขณะสัมภาษณ์ไม่มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจ หรือแสดงพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interviewing) (ชาย โพธิ์สิตา, 2550) ดังนี้

3.6.9.1. ใช้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นที่จะทำการศึกษา โดยระยะเวลาของการสัมภาษณ์ ประมาณ 60 – 90 นาที ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความพร้อมในการให้ข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interviews) ร่วมกับการสังเกตแบบ

ไม่มีส่วนร่วมในบริบทที่เป็นธรรมชาติร่วมกับการตะล่อมกล่อมเกลา (probes) โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในมุมมองของตนเอง ผู้วิจัยได้ถามต่อเนื่องจากคำตอบเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เพื่อเจาะลึกและสืบค้นในประเด็นที่ต้องการ หลังจากการสัมภาษณ์ได้รับความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ทำเช่นนี้ไปจนข้อมูลจะมีการอิ่มตัว (saturation of data) ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้ มีความซ้ำ ๆ กันและไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิม

3.6.9.2. ใช้การสังเกต (observation) ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observations) ซึ่งทำควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตพฤติกรรม ลักษณะบุคลิกภาพ อากาและอาการแสดง สัมพันธภาพและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ลักษณะการสื่อสาร ด้วยการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง

3.6.9.3. การจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ผู้วิจัยได้ทำร่วมกับการสัมภาษณ์ โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ บรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการสัมภาษณ์ วิธีการหรือเทคนิคที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลตามต้องการ แนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวางแผนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยบันทึกสรุปสั้นๆ ส่วนรายละเอียดนำมาบันทึกภายหลัง เพื่อเป็นการค้นหาและการประเมินข้อมูลเพิ่มเติมไว้อย่างครอบคลุม

3.6.9.4. การบันทึกเสียงด้วยเครื่องอัดเสียง ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกเสียงสนทนาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกราย เพื่อให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง ได้รับอนุญาตและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### 3.7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

เนื่องจากความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะวิธีการศึกษาไม่ได้เน้นข้อมูลที่เป็นตัวเลข หรือสถิติมายืนยันผลการศึกษาที่ชัดเจน การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของลินคอร์น และกูบา (Lincoln and Guba, 1985) ดังนี้

3.7.1. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

3.7.1.1. ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและจริงของข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก ผู้วิจัยได้ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้แนะนำผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลรู้จัก หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจถึง

วัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.7.1.2. กระบวนการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและชัดเจนมากที่สุดตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพจนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ได้ครอบคลุมและเป็นจริง นำเทคนิคต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการสัมภาษณ์ เช่น เทคนิคการถามซ้ำ การสะท้อนคำถาม การยกตัวอย่างประกอบ เป็นต้น ขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเทป พร้อมการจดบันทึกภาคสนามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งกระบวนการและวิธีการดังกล่าวเป็นการยืนยันผลของข้อมูลที่ได้มีความเป็นจริง และข้อมูลมีความถูกต้อง และตรวจสอบได้ (credibility)

3.7.1.3. การตรวจสอบข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ได้บันทึกไว้มาสรุปย่อ แล้วนำกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member check) อีกครั้งจำนวน 9 ราย จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 15 ราย หลังจากการสัมภาษณ์ และอีก จำนวน 6 ราย ผู้วิจัยได้การใช้เทคนิคสัมภาษณ์การทวนความ ถามซ้ำ สรุปความ เพื่อยืนยันข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อสรุปนั้นถูกต้องและเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล

3.7.1.4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลาย ๆ วิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต จดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง

3.7.2. การตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูล (dependability) หรือความสม่ำเสมอ ความคงเส้นคงวาของข้อมูล (consistency) และผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นการตรวจสอบภายนอก (Inquiry audit) เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา

3.7.3. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) การยืนยันผลการวิจัยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความเป็นปรนัย (objectivity) เป็นเกณฑ์ที่ผู้อ่านใช้สำหรับการพิจารณาข้อค้นพบของนักวิจัย ซึ่งทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การศึกษาอย่างไม่เป็นทางการ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน

### 3.8. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์ (Verbatim) คำต่อคำ มีการแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะทำการแปลผลข้อมูลรายวัน มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1. นำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกให้เป็นระเบียบทุกวันหลังการสัมภาษณ์ โดยนำมาถอดเสียงจากเครื่องบันทึกเสียงเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง โดยเปรียบเทียบจากการเปิดเครื่องบันทึกเสียงซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้งในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.2. ผู้วิจัยได้อ่านข้อความจากการถอดเสียงทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้อ่าน พร้อมทั้งคำถามจากข้อมูลที่คลุมเครือหรือไม่ชัดเจน และข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เพื่อที่จะนำไปสัมภาษณ์ในครั้งถัดไป

3.8.3. ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลรายวันตามหลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลรายแรก ผู้วิจัยถอดเสียงคำให้สัมภาษณ์คำต่อคำ แยกย่อยตรวจสอบ และเปรียบเทียบข้อมูล พิจารณาประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างข้อคำถามกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียด นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Patton (1990) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกประเภทข้อมูล (Identifying) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อ่านทั้งหมดมาบันทึก โดยวิธีการถอดเสียง เรียบเรียงอักษรเป็นข้อมูลบรรยาย บันทึกรายละเอียดเป็นชุดข้อมูล และจัดการข้อมูลที่ได้มาอย่างเป็นระเบียบ

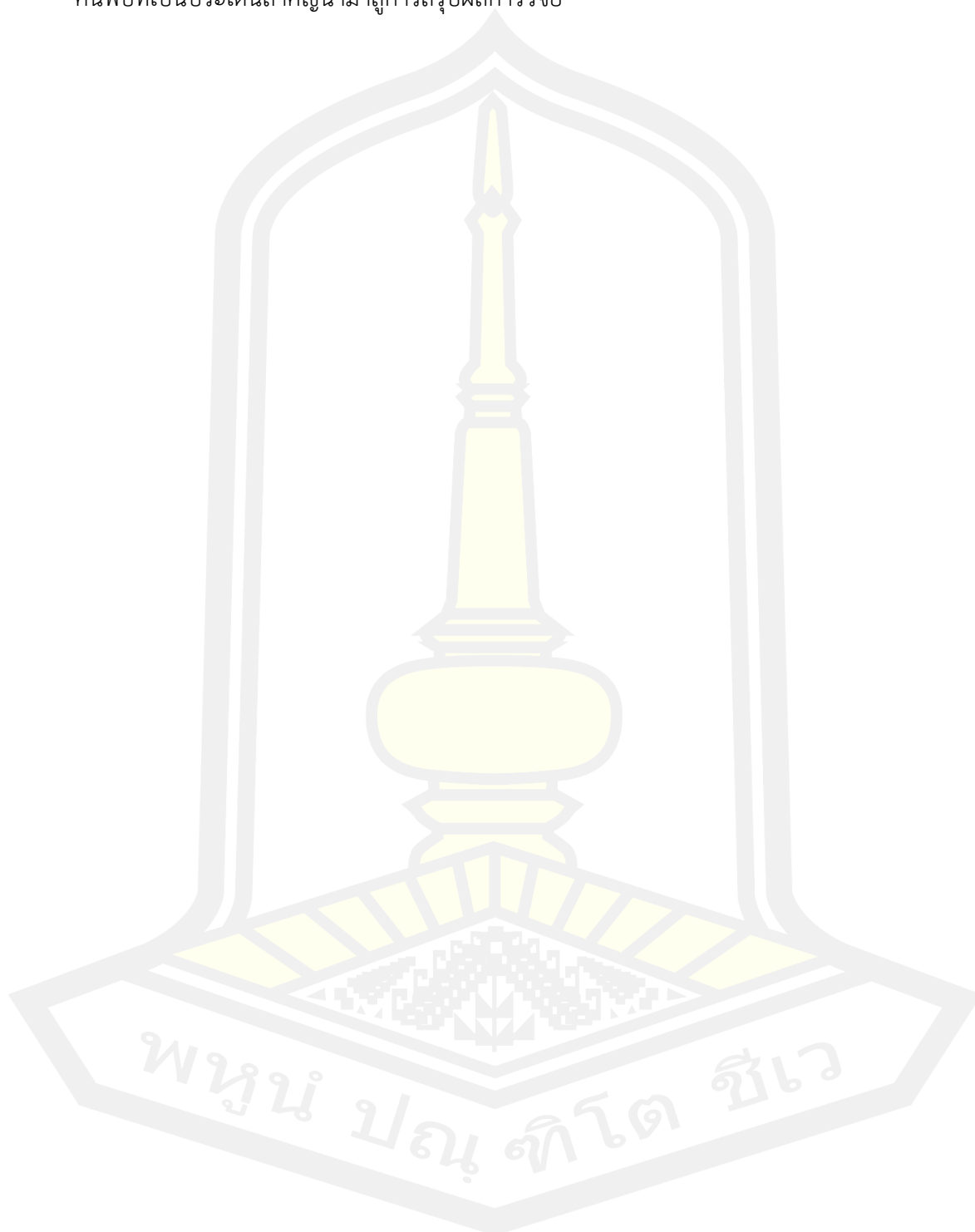
ขั้นตอนที่ 2 การลงรหัส (Coding) ผู้วิจัยนำข้อมูลแต่ละชุดของผู้ให้ข้อมูลมาลงรหัสเพื่อระบุให้ชัดเจน เป็นระเบียบ เพื่อให้สะดวกต่อการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดหมวดหมู่ (Categorizing) ผู้วิจัยใช้กระบวนการแยกแยะข้อมูลเป็นหมวดหมู่ สำหรับนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการบรรยายทั้งหมดให้เชื่อมโยงตามกลุ่มที่มีความสอดคล้องกัน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และเสนอข้อสรุป (Conclusion) ผู้วิจัยหาข้อสรุปจากการแสดงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบของการบรรยาย เรียบเรียงและเสนอข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์

ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อมีข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) โดยจะพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำกันไปมา หรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิม และเพื่อความเข้มงวดของการศึกษา จะมีการวิพากษ์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเข้มงวด (rigor) และสรุปสู่วงกว้าง (generalization) ที่ยังได้ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ความเห็นร่วมกัน มีการนำข้อมูลจากการถอดเสียงมาอ่านทวนซ้ำด้วยกัน เพื่อเพิ่มกระบวนการทัศน์

ให้เกิดความน่าเชื่อถือให้กับการศึกษา (Creswell and Miller, 2000) จนสามารถได้ข้อสรุปเป็นข้อค้นพบที่เป็นประเด็นสำคัญนำมาสู่การสรุปผลการวิจัย





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

4.1. ข้อมูลส่วนบุคคล

4.2. การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

#### 4.1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 15 ราย ผู้วิจัยขอแสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล ดังนี้  
รายที่ 1 อายุ 40 ปี สถานภาพโสด ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพทำนาและหาของป่าชาย มีรายได้ 2,500 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ หงุดหงิดง่าย พุดหยาบคาย ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัวและคนอื่น ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูดและทำร้ายคนอื่น สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ จะพยายามอธิบายแต่ถ้าไม่มีใครฟังจะเริ่มหงุดหงิดแล้วค่อยๆแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวภายใน 4 ชั่วโมง

รายที่ 2 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ และปลูกมันสำปะหลัง มีรายได้ 5,800 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ หงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับคนรอบข้างบ่อย ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัวและคนอื่น ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ บอกตรงๆว่าอย่ามายุ่ง ถ้ายังมาพูดแทงใจดำ จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันที

รายที่ 3 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา รับจ้างทั่วไป และหาของป่าชาย มีรายได้ 6,000 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยเก็บกด ไม่ค่อยอยากสูงส่งกับใคร มีมุมมองต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ทะเลาะกับภรรยารุนแรงเมื่อไม่พอใจจะหงุดหงิด ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด และทำร้ายคนอื่น สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ จะหงุดหงิดขึ้นทันทีใน 1 ชั่วโมง หลังจากเหตุการณ์ที่ไม่พอใจ

รายที่ 4 อายุ 26 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพทำนา และทำธุรกิจรับซ่อมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ มีรายได้ 5,000 บาท ต่อเดือน ไม่



เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยเก็บตัว ไม่ค่อยอยากสูงส่งกับใคร มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ หงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับภรรยาเป็นประจำ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัวและคนอื่น ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ กัดฟันเสียงดังก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันที

รายที่ 5 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างขับรถตู้ประจำทาง ทำไร้อ้อยและไร่มันสำปะหลัง มีรายได้ 8,000 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ หงุดหงิดง่าย ดุด่าคนอื่น ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ โยนสิ่งของเพื่อให้รู้ว่ากำลังหงุดหงิด ก่อนจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทันที

รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำไร้อ้อย ทำไร่ข้าวโพด และขายข้าวโพดต้ม มีรายได้ 5,000 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ดุด่ากับภรรยาเป็นประจำ หงุดหงิดง่าย ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ พยายามอธิบาย แต่ถ้าไม่มีใครฟังจะเริ่มด่าทอ แล้วค่อยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ภายใน 4 ชั่วโมง

รายที่ 7 อายุ 47 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงวัว และรับจ้างทั่วไป มีรายได้ 1,600 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ น้อยใจชีวิตก่อนกินยาฆ่าตัวตาย ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ เริ่มพูดคนเดียว พูดมากขึ้น หงุดหงิดง่าย ใครถามไม่ยอมตอบ เดินบ่อย

รายที่ 8 อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพธุรกิจรับซ่อมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ มีรายได้ 10,000 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ หงุดหงิดง่าย หวาดระแวง และทะเลาะกับภรรยาเป็นประจำ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ หงุดหงิดง่าย ไม่อยากพูด ไม่อยากตอบคำถาม พยายามเดินหนีออกไปอยู่ที่อื่น ทำให้ใจให้เย็นลงภายใน 1 ชั่วโมง

รายที่ 9 อายุ 43 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา และค้าขายชุดชั้นในที่ตลาดนัด มีรายได้ 20,000 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อ

การใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ทำลายข้าวของในบ้าน ทบสิ่งของ ทบบ้านตนเองเป็นประจำ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับตนเอง และครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ เดินหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ไม่พอใจ เริ่มพูดมากขึ้นหากได้ยินเสียงบ่น และถ้ามีคนมาชวนทะเลาะจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันที

รายที่ 10 อายุ 34 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา และรับจ้างทั่วไป มีรายได้ 1,500 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ดุด่าคนอื่น หงุดหงิดง่าย อยากรู้นี้ไปเรื่อย ๆ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ ไม่อยากพูดคุยกับใคร หวาดกลัว เริ่มระแวงคนอื่น

รายที่ 11 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพธุรกิจขายน้ำมัน มีรายได้ 270,000 บาท ต่อเดือน เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ทบข้าวของทุบกระจกในบ้าน และจุดไฟเผาสิ่งของ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ จะวิ่งเข้าไปหาคนอื่นที่อยากจะทำร้าย แต่ยังไม่ทำทันที ใช้วิธีดุด่าก่อน เดินบอ่ย ถ้าตะโกนดุด่าแสดงว่า หงุดหงิดเต็มที่พร้อมแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

รายที่ 12 อายุ 43 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่อ้อย และทำไร่ถั่วลิสง มีรายได้ 6,500 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ หงุดหงิดง่าย ทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกายเพื่อนบ้าน ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว และคนอื่น ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ พูดมากขึ้น อยู่ไม่สุข หงุดหงิดกระวนกระวาย

รายที่ 13 อายุ 39 ปี สถานภาพโสด ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพทำนา มีรายได้ 1,500 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ดุด่าคนในครอบครัวและทำลายข้าวของ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ หงุดหงิดง่ายและมีพฤติกรรมเดินบอ่ยมากขึ้น

รายที่ 14 อายุ 35 ปี สถานภาพโสด ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพทำนา และหาปลา มีรายได้ 1,500 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะ

นิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ ดุด่าคนอื่น ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับคนอื่น ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด และทำร้ายคนอื่น สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมเดินบ่อยมากขึ้น หักนิ้วมือตนเองทำให้เกิดเสียงดัง และบอกตรง ๆ ว่า กำลังหงุดหงิด ไม่พอใจ

รายที่ 15 อายุ 30 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำนา และรับจ้างทั่วไป มีรายได้ 4,000 บาท ต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ลักษณะนิสัยใจร้อน มีมุมมองต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนไม่ดี เคยมีพฤติกรรมความรุนแรงก่อน คือ พุดกระแทกเสียงดัง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดกับครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเป็นทางคำพูด และทำลายสิ่งของ สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ มีพฤติกรรมเดินบ่อยขึ้น รู้สึกว่าร่างกายของตนเองถูกไฟฟ้าดูด จนคิดมากเกิดอาการหวาดระแวงทันทีทันใด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก 15 ราย มีอายุระหว่าง 26 – 47 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.33) รองลงมาระดับประถมศึกษา จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม เช่น ทำนา หรือทำไร่ เป็นอาชีพหลัก มีอาชีพเสริมที่หลากหลาย เช่น เลี้ยงสัตว์ หาปลา หาของป่าขาย ค่าขาย รับจ้างทั่วไป จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.66) รองลงมา ค่าขายและทำธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.33) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 – 10,000 บาท จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 86.66) ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.33) สถานภาพสมรสและหย่าร้างเท่ากัน 6 ราย (ร้อยละ 40) รองลงมาสถานภาพโสด จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 20) มีลักษณะการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันทุกวันและไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจากหย่าร้าง เท่ากัน จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 40)

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีลักษณะนิสัยใจร้อน จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) รองลงมา มีลักษณะนิสัยเก็บตัว แยกตัว จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.3) มีความรู้สึกต่อตนเองที่ไม่ดีต่อตนเอง จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 66.7) รองลงมา รู้สึกดีต่อตนเอง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับครอบครัว จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.3) และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน คนในชุมชน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.3)

ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดมีพฤติกรรมรุนแรงก่อนป่วย มีประสบการณ์ความรุนแรงทางคำพูด จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำลายสิ่งของ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 60) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำร้ายคนอื่น จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 80) มีประสบการณ์ความรุนแรงด้วยวิธีทำร้ายตนเอง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 6.66) ส่วนใหญ่พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเองเพียงอย่างเดียว จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.66) และรองลงมาเกิดจากบุคคลในสังคมหรือสังคม จำนวน จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.33)ทุกรายมี อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ 100) ซึ่งสัญญาณของอาการเตือน มีหลากหลายพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมหักนิ้วมือ โยนสิ่งของ พุดมากขึ้น บางรายไม่พุด ไม่อยากตอบคำถาม เดินบ่อยขึ้น บางรายพยายามที่จะเดินหนี พยายามพุดแสดงความคิดเห็น และบางราย

มักจะบอกกับคู่สนทนาตรง ๆ ว่ากำลังหงุดหงิด โกรธ ไม่พอใจ ส่วนใหญ่อาการเตือนจะเกิดขึ้นตั้งแต่ทันทีทันใดไปจนถึง 4 ชั่วโมง

#### 4.2. การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

การวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของตนเอง ได้ข้อค้นพบ 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงคือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือดื่มสุรา 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ ห่วงใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม สามารถอธิบายในแต่ละประเด็นได้ ตามลำดับดังนี้

##### 4.2.1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามการรับรู้ของตนเอง โดยสะท้อนความหมายพฤติกรรมรุนแรง โดยให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เช่น การใช้วิธีโยนของเพื่อแสดงให้คนรอบข้างรู้ว่ากำลังหงุดหงิดโมโหก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรงเป็นอารมณ์รุนแรงที่ไม่สามารถหยุดได้ เช่น การขาดสติ ควบคุมตนเองไม่ได้ ระบายอารมณ์เหมือนระเบิด และผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนสะท้อนว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรงหรือตัดปัญหาด้วยการใช้กำลัง บางครั้งมันเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงกว่าเดิม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ใช้วิธีโยนของเพื่อแสดงให้คนรอบข้างรู้ว่ากำลังหงุดหงิดโมโหก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว...ตอนนั้นทะเลาะกับแฟน เขาว่าไปกันไม่ได้...พอโมโหผมก็เดินหนีหลังจากด่า (ทะเลาะ) กัน แล้วก็เดินไปวนหาไฟแช็กมาจุด แต่ไม่ทันมีใครสังเกต...ผมก็เลยเผาเต็นท์เลย เกือบไหม้บ้านลามท่วมหัว” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ยิงหนังสติ๊กใส่บ้านตัวเอง...ผมบ่เป็นตาอยู่ผมยิงใส่สี่ๆ (ผมไม่สบายใจ อยู่ไม่สุข ผมยิงใส่เฉยๆ) บ่ได้คิดหยั่ง (ไม่ได้คิดอะไร) อยากรยิงบ่ได้ทำร้ายไผ (อยากรยิงไม่ได้ทำร้ายใคร) ผมยิงเฮือนจะของ (ผมยิงบ้านตัวเอง)...สุนให้มันหลาย (โมโหมันมาก) จนว่าลืบว่ากันอีกจักเทื่อ (กะว่าจะไม่พูดกันอีกสักครั้ง) ปะสามมีปากเสียงกันมันแทงผมซ้ำ (แค่มมีปากเสียงกันมันแทงผมเฉยเลย) ที่ผมมีมีดบ่ได้ว่าลื



ฆ่าแกงกันถือมีดขูให้มันหนี (ที่ผมมีมีดไม่ได้ว่าจะฆ่าแกงกันถือมีดขูให้มันหนี) สุดท้ายจะของเจ็บ (สุดท้ายตัวเองเจ็บ)...” (รายที่ 12 อายุ 43 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“เดินบ่อยๆ หักนิ้วมือเสียงดังให้รู้ว่าไม่พอใจ...มันสูน (มันโมโห) อดปได้ (อดไม่ได้) มันหลับอยู่ตะแคง (แคง) ผมจะไปฟันมัน (ผมก็ไปฟันมัน) มันลุกก่อน ผมเคียดว่าให้ผมอย่างกลายหน้าเหมือนว่าบให้เที่ยว (ผมโกรธที่ว่าให้ผมเดินผ่านหน้าบ้านบอกไม่ให้ผ่าน) บ่อยากให้ผมผ่าน (ไม่บ่อยากให้ผมผ่าน) ผมมาบ้านกะมาหามัดไปเห็นมันนอนจ้งเข้าไปฟัน (ผมมาบ้านก็มาหามัดไปแต่เห็นมันนอนค่อยเข้าไปฟัน)” (รายที่ 14 อายุ 35 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“เดินบ่อยก่อน ค่อยจะวิ่งเข้าไปหาคนที่อยากทำร้ายแต่ยังไม่ทำทันที จะด่าเขาก่อน ถ้าตะโกนดุด่าแสดงว่าเต็มที่ หงุดหงิดเต็มที่...ถ้าสิรุนแรงคักๆ (ถ้าจะรุนแรงจริงๆ) มันต้องเอาหมัดตีตบตบๆผมว่านะ” (รายที่ 11 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ความขาดสติ บมีสติบมีความคิด (ไม่มีสติบมีความคิด) คิดห้ามใจจะของบได้ (คิดควบคุมตนเองไม่ได้) คือเฮานั้นคิดอยู่ละว่ามันเป็นเรื่องปกติ (เหมือนกับว่าเราคิดอยู่ว่ามันเป็นเรื่องปกติ) แต่เฮาห้ามใจจะของบได้ (แต่เราไม่สามารถห้ามใจตนเองได้)” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี สถานภาพสมรส ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี)

“มันเป็นบ้าตอนนั้น มันไม่มีอะไร มีแต่เสียกับเสีย ควบคุมตนเองไม่ได้ เรียกว่าความคิดความอ่านไม่มีสติ เทียบกับตอนนั้นมันคนละอย่างกัน...เหมือนระเบิดเลยเวลาใครพูดอะไรออกมา...ส่วนมากก็ระบายออก เขวี้ยงของ...” (รายที่ 8 อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี)

“ก็มันไม่น่าไปทุบทำลายข้าวของ แต่ผมไม่กล้าตีคน ตีเมีย (ภรรยา) เลยหาแนวลง (ก็เลยหาที่ลง) ระบายอารมณ์ มันห้ามไม่อยู่ มันพร้อมปะทุตลอดเวลา” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี)

“ชกต่อยกันจนถึงขั้นแทงกัน...กะสีว่ามันเกิดขึ้นจากความขาดสติละคือ (ไม่รู้ว่ามันเกิดขึ้นจากความขาดสติละมัน) บมีสติบมีความคิด (ไม่มีสติบมีความคิด) คิดห้ามใจจะของบได้ (คิดห้ามใจตนเองไม่ได้) คือเฮานั้นคิดอยู่ละว่ามันเป็นเรื่องปกติแต่เฮาห้ามใจจะของบได้ (เหมือนเราก็คิดอยู่ละว่ามันเป็น

เรื่องไม่ดีแต่เราห้ามใจตนเองไม่ได้” (รายที่ 12 อายุ 43 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“เอ็น้วาสติแตก (เรียกว่าสติแตก) คุณจะมีของบ่ออยู่ (ควบคุมตนเองไม่อยู่) จะว่าจั่งได้อายากฆ่า คน (จะพูดยังงละ อายากทำร้ายคนอื่น)...” (รายที่ 15 อายุ 30 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมันคือการพูดกระแทกแตกดัน...แก้ปัญหาวะไรไม่ได้ก็ลงเอยด้วยความรุนแรง...มันจะทำให้ไม่มีปัญหามากกว่าเดิม...” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ตัดปัญหาด้วยการใช้กำลัง...คุณต้องเข้าใจว่าผมต่อรองแล้ว ไม่ได้ทำโดยพลการ ผมจึงต้องลงมือ...ใช้ความรุนแรงตัดสินปัญหา...เกินความอดทนของคน ถ้าไม่ทำเพื่อนผมก็จะโดน ในเมื่อขอร้อง เขาแล้วไม่ฟังผมต้องเริ่มก่อนเพราะในกลุ่มผมเป็นคนรักเพื่อนและเป็นเจ้าของบ้าน ถ้าไม่ทำคนอื่นก็เดือดร้อน...คนที่มาเป็นคนจากหมู่บ้านอื่นเข้ามาแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้านของผม บางครั้งมันเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องทำเพื่อหยุดยั้ง ทำเพื่อปกป้องคนในหมู่บ้าน ...” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“หงุดหงิดตัวเองอยากตัดปัญหา หนอย (หงุดหงิด) บ่อยากให้เผลอ (ไม่อยากให้ใครเข้าใกล้) อย่างหนีออกจากคน (เดินหนีออกจากคน) บ่อยากได้ยินเสียงเผลอ (ไม่อยากได้ยินเสียงใคร) บ่ต้องมาสั่งผม (ไม่ต้องมาสั่งผม)...” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจเก็บกตไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ไม่ลงรอย เกียงกันไปมา (ทะเลาะกันไปมา) ไม่มีใครฟังใครจนเกิดความสับสน (ไม่มีใครฟังใครจนเกิดความไม่ไหว)...ก็ต้องระบายกับสิ่งของครับ ถ้าไม่ใช่สิ่งของก็ไม่ทำ” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี)



#### 4.2.2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการรับรู้การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง 2 ลักษณะ คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย การก้าวร้าวด้วยคำพูด เป็นการพูดกระแทก แดกดัน พูดประชดประชันตอบโต้ พูดกระแทงกระแทน พูดข่มขู่ พูดตะคอก พูดเสียงดังขึ้นกู่ขึ้นมึง ไม่ถูกใจกัน อารมณ์โมโห หงุดหงิดรำคาญ ไม่ลงรอย ทะเลาะกัน และการทำร้ายร่างกาย เป็นการระบายความโกรธ โมโห ด้วยการทำร้ายภรรยา บิดา มารดา ลูก เพื่อนบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พูดกระแทกแดกดันกัน ลักษณะการพูดทะเลาะกันจากใจที่มันร้อน มีปากเสียงกัน มีเสียงดัง...” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัวและคนอื่น)

“พูดคุยไม่เข้าใจกัน...เป็นเหตุการณ์ที่อยู่ด้วยกันสองคน คุยกันไปมา ด่าพ่อด่าแม่กัน...เขาไม่ฟังผม ผมเลยไม่พอใจ...อารมณ์โมโห...ผมหงุดหงิดจริง ๆ ” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัวและคนอื่น)

“ทะเลาะกับแฟน ด่ากันธรรมดาที่เป็นหลายครั้งอยู่...ผมหงุดหงิดรำคาญ ช่วงนั้นเมียผมบ่นให้ผม...” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัว)

“พูดตะคอก ข่มขู่ แสดงอาการหงุดหงิดให้แม่เป็นประจำในช่วงแรก ตอนนี่เริ่มลดลง...ตะคอกกับคนอื่นบ้าง รู้สึกหงุดหงิดตัวเอง อยากรัดปัญหา...” (รายที่ 4 อายุ 26 ปี ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัวและคนอื่น)

“ถ้าผมสูนผมสูนออกก้าวร้าว (ถ้าผมโมโหผมจะแสดงออกไปทางด้านก้าวร้าว)...เว้าเสียงดัง (พูดเสียงดัง) ด่าคน (ดุด่าคนอื่น) กัดแหว่พวดๆ (กัดฟันเสียงดัง) คำเว้าคำว้ากะสิโต้ตอบกับคนที่ผมสูนนำ (คำพูดคำจาที่จะพูดโต้ตอบกับคนที่กำลังโมโหด้วย) ขึ้นกู่ขึ้นมึง อาการนี่คือผมเริ่มสูน แล้ว (อาการนี่คือผมโมโหแล้ว) ผมสูนบอกเลยว่าสูนอยู่เด้อ (ผมจะบอกเลยว่าโกรธ โมโห อยู่นะ) บอกประมาณสามถึงเทื่อ (บอกประมาณสามครั้ง) ผมเป็นคนแนวนี้ (ผมเป็นคนแบบนี้)” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัว)

“มีอนันมันเป็นมือที่ผมเพิ่งออกมาจากโรงพยาบาล หลงฮ้องด่าพี่สาว (ผมเปลือร้องตะโกนด่าพี่สาว) พี่สาวเลยฮ้องด่าคืนว่าอย่ามายุ่งนำกูหลายเด้อเงินกูเปิดแล้ว (พี่สาวจึงตะโกนโต้ตอบกลับบอกว่า อย่ามายุ่งกับกูมาก เงินกูหมดแล้ว)...สูนคำเว้าใส่เว้านั้นเว้านี้ผมกะบ่อยากฟัง (โมโหคำพูดที่ประชดประชันนั้น ผมไม่อยากจะฟัง) คือจั่งพ่อผมนิละเวลาผมไปซื้อหยังมา (เหมือนพ่อผมเวลาที่ผมไปซื้ออะไรมา) เช่น กลองชุด ผมเอามาตีเล่น พ่อผมกะว่ามึงไปซื้อหยังมาบักคนบ่พอชาติ (พ่อผมก็บอกว่าแกลไปซื้ออะไรมาอีกไอ้คนไม่สมประกอบ) ผมมันกะเลยเกิดสูน (ผมเองก็เกิดโมโห) ปกติกะน้อยใจพ่อยู่แล้วกะเลยเกิดสูน (ปกติผมก็น้อยใจพ่อยู่แล้วเลยเกิดอาการโมโห) บ่มีคนเว้าแบบนี้ (ไม่ชอบคนที่พูดแบบ

นี่ มันเหมือนดูถูกผม...ครอบครัวกะมากะแหนะกะแหนผมกะเลยเกิดสุนขึ้นมา (ครอบครัวก็มากระแหนะกระแหน ผมก็เลยเกิดโมโหขึ้นมา)...” (รายที่ 11 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัวและคนอื่น)

“กุลีซึรตเหยียบมึงได้...เขามาว่าผม ผมเลยสุน (ผมเลยโมโห)...เขาจะว่าจั่งได้มึงสิรตตำกู (เขาก็ว่ายังไง มึงจะซัปรถซูก) ผมกะสุนพอมผม (ผมก็โมโหพอตัว) สุนว่าเขามาว่าให้ (โมโหที่เขามาพูดใส่)” (รายที่ 12 อายุ 43 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัวและคนอื่น)

“ผมไม่ได้ตั้งใจ...มองไปเห็นแม่เลยซูก (ผลัก) แม่ล้มหัวฟาดพื้น บ่ได้ยากให้แม่ตาย... ผมเอางังน้ำฟาดแม่ ในนั้นมีผั่ง...” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะพยายามอธิบายแต่ถ้าไม่มีใครฟังจะเริ่มหงุดหงิดค่อยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวใน 4 ชั่วโมง)

“ผมกับภรรยาเกิดการพูดคุยไม่เข้าใจกัน จนต้องลงไม้ลงมือกับภรรยา เป็นเหตุการณ์ที่อยู่ด้วยกันสองคน ค่อยกันไปมา ต่ำพ่อต่ำแม่กัน ก็เลยใช้มือตบหน้าภรรยา...” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะบอกตรง ๆ อย่าเข้ามายุ่งกับตนเอง ยิ่งถ้าพูดแทงใจดำจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันทีในขณะนั้น)

“ผมหงุดหงิดรำคาญ...ถีบเมียใส่ต้นเสา เมียหัวฟาดเสา แตกเลือดออกอยู่ ตอนนั้นผมก็รู้ตัวแต่หงุดหงิดทั้งหู่แว่วกวนใจจนหนอย” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี ลักษณะนิสัยเก็บตัวไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะหงุดหงิดขึ้นมาทันที หรือภายใน 1 ชั่วโมง หลังมีเหตุการณ์ไม่พอใจกระทบกระเทือน)

“ตบตีแฟนสองครั้ง...ทะเลาะกับแฟน ตบตีกัน เพราะโมโหแล้วเขาบอกจะเอาไปบำบัดเลย เพราะว่าเขาเป็นคนอารมณ์ร้อน...ผมโวยวาย ก็ไม่มีอะไรมาครับ” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะโยนสิ่งของเพื่อแสดงให้เห็นว่าตนเองกำลังหงุดหงิด ก่อนจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรง)

“ใช้ไม้กวาดฟาดลูกสาว จนลูกยกมือไหว้ บอกว่ากลัวแล้ว จนไปเรียนไม่ได้...ผมว่าในตำราครับ รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี รักสามีให้อยู่กับบ้าน ผมก็เลยตีครับ เพราะพูดเกินเหตุเกินไป อยากให้เขาได้ดีครับ ผมกะว่ามันสมควร เพราะชาวบ้านก็บอกว่าลูกที่เสียงพ่อแม่ สมควรตี ผมตีลูกสาวครั้งเดียวครับ ลูกชายสามครั้งครับ” (รายที่ 7 อายุ 47 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะเริ่มพูดมากขึ้น หงุดหงิดง่าย เดินบ่อย ไม่อยากตอบคำถามใคร)

“ก็ทะเลาะกับแฟนบ่อย นิดๆหน่อยๆ ก็มีตบตีกัน บางทีเราไปห้าม คล้ายแบบมีลงไม้ลงมือ แต่ไม่ถึงขนาดเยอะนะ” (รายที่ 8 อายุ 46 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะหงุดหงิดง่าย ไม่อยากตอบคำถามใคร พยายามเดินหนีออกไปทำอย่างอื่นให้ใจเย็นลงก่อน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)

“ตีเมีย (ตีภรรยา)...ผมสูนผมเลยถามเมียว่ามีสิเมื่อนำกูบหรือสินอนอยู่โรงพักนำผัวน้อยมึง (ผมโกรธ ผมเลยถามภรรยาว่ามีจะกลับกับกูใหม่ หรือว่าจะนอนอยู่โรงพักกับสามีน้อยมึง) เมียผมเคียดหลายบ่ขึ้นรถมานำ (ภรรยาผมโมโหมากไม่ขึ้นรถกลับกับผม)...ผมอาละวาดตีกันกับตำรวจ...มีแต่อารมณ์สูน (โกรธ) อยากฆ่าอยากตีตำรวจ (อยากฆ่าอยากทำร้ายตำรวจ) ตำรวจก็คือสิเจ็บหนักอยู่ (ตำรวจก็คงจะเจ็บหนักอยู่) ตอนนั้นคนคุมเบิ่งเต็มถนน (ตอนนั้นคนคุมดูเต็มถนน)...” (รายที่ 10 อายุ 34 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะไม่อยากพูดคุยกับใครเพราะไม่ไว้ใจ หวาดระแวงคนรอบข้าง)

“แทงกัน...ตอนนั้นหว่างเดือนสิบสอง ผมมีเรื่องชกต่อยกับเพื่อนบ้าน ตอนที่ซัปรถอีแต้น...ชกต่อยกันจนถึงขั้นแทงกัน ผมถือมีดในรถไถ มันกะมาyardมีดเอามาแทงท้องผม ต่อสู้กันอยู่คราวหนึ่ง พอผมรู้ว่าผมถูกแทง ช่วงนั้นมันทุ้มกว่าๆ ผมกะพาเพื่อนคนพาไปโรงพยาบาล คนมารุมเบิ่งบักหลาย ฮอตโรงพยาบาลห่วยเมื่อกะถูกส่งเข้าไปผ่าตัดอยู่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เปิดช่องท้องเบิ่งภายใน เย็บ 5 เข็มแต่หมอย็บห่างๆไว้” (รายที่ 12 อายุ 43 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะพูดมากขึ้น อยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่าย)

“ดิงแขนฟันสุดแรง (ดิงแขนพ่อสุดแรง) เอาไม้ ฟาดฟัน (ฟาดพ่อ) ตอนนั้นผมกะว่าบ่มีหยิ่งบ่ทันคิด (ตอนนั้นผมก็ว่าไม่มีอะไรไม่ทันคิด) พ่อเลยฮ้องผมเลยเขาแล้วผมกะแล่นไปหาหนู (พ่อผมร้องผมเลยหยุดแล้วก็วิ่งไปหาเพื่อน) ย่างทันได้ผ่านประตูพ่อเลยดิงไว้เลยได้ใส่กันอีก (เดินยังไม่ทันพ้นประตูพ่อดิงแขนไว้เลยได้ต่อยกันอีก) แล้วบาดนิคนกะมาบักหลาย (แล้วที่นี้คนก็มาเยอะมาก) คนมาจับไว้กะเจ้ากะพากันตบหน้าผม (คนอื่นมาจับผมไว้เขาพากันตบหน้าผม) บอกว่าอย่าเฮ็ด อย่าเฮ็ด (บอกว่าจะอย่าทำ อย่าทำ)” (รายที่ 13 อายุ 39 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะหงุดหงิดง่าย และเดินบ่อยขึ้น)

“ผมไปฟันหัวเขานิคนข้างเฮือนนี้ละ (ผมไปฟันหัวเขานิ คนข้างบ้านนี้แหละ)...ฝั่งใจเคียดมัน (ฝั่งใจโกรธมัน) กะคิดว่าสิเอาให้ฟันหัวแตกเลย (ก็คิดว่าจะเอาให้ฟันหัวแตกเลย) กะฟันหัวมันคักๆ (กะฟันหัวมันจังๆ) แต่มันหลบทัน...” (รายที่ 14 อายุ 35 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง มักจะหงุดหงิดง่าย เดินบ่อยขึ้น มีพฤติกรรมหักนี้มือตนเองเพื่อทำให้เกิดเสียงดัง หรือบางครั้งบอกตรง ๆ ว่ากำลังหงุดหงิดไม่พอใจ)

#### 4.2.3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเองและมาจากภายนอก

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่อธิบายถึงสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือตี๋มสุรา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมเป็นคนใจร้อน โกรธ...คุณต้องเข้าใจว่าผมต่อรองแล้ว ไม่ได้ทำโดยพลการ ผมจึงต้องลงมือ...เพื่อปกป้องคนในหมู่บ้าน...เกิดจากการที่เขามาตี๋มเหล้าด้วย แล้วหยอกล้อกันโดยใช้ขวดยาวจะเกิดการกลั่นแกล้งด้วย ซึ่งคนที่มาเป็นคนจากหมู่บ้านอื่น เขามาแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้านของผม” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)

“ใจฮ้อน (ใจร้อน)...ผมกะล (ผมก็กะ) ยอมรับเลยว่าหนึ่งโต (ตัว) ผมเอง...ผมกะ (ก็) คิดว่าผมมีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ผมรู้ตัวอยู่ได้ (นะ)...เป็นคนใจฮ้อน (ร้อน)...ขั้นได้โมโหมา (ถ้าได้โมโหขึ้นมา) ได้เว้าผิดใจจักหน้อยนิ (ได้พูดไม่ถูกใจนิดหน้อยนะ) ผมทุบเลยทุบอยู่อย่างเดียว เบิงตะทุบศาลตายายโลด (ดูนะทุบศาลตายายเลย)...” (รายที่ 11 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)

“เป็นคนใจฮ้อน (ร้อน)...ผมเคียดว่าให้ผมยามอย่างกลายหน้าเฮือน (ผมโกรธพูดให้ผมเวลาเดินผ่านหน้าบ้าน) ว่าบให้ผมเทียว (บอกไม่ให้ผมผ่าน) บ (ไม่) อยากรให้ผมผ่าน...ผมกะจื่อ (ผมก็จำ) มาตลอดว่ามันบ่แม่นที่แม่นน้อง (ไม่ใช่พี่น้อง) คือมันมาเฮ็ดหน้าเฮ็ดตาใส่ผม (เหมือนมันมาทำหน้าทำตาใส่ผม) ผมกะเลยไปฟันหัวมัน (ผมก็เลยไปฟันหัวมัน) มีอนั้นไปนากลับมามันว่าอย่ามากลายหน้าบ้านกู (วันนั้นไปนากลับมามันบอกว่าอย่ามาผ่านหน้าบ้านกู) ผมมาบ้านผมกะ (ก็) มาหามิดไป แต่เห็นมันนอนจั่งเข้าไปฟัน (แต่เห็นมันนอนค่อยเข้าไปฟัน” (รายที่ 14 อายุ 35 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)

“มันเป็นอารมณ์โกรธครับ ผมพยายามอธิบายแล้ว แต่ไม่มีใครฟัง” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)

“ผมคิดว่าที่ผมมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากอารมณ์โกรธ ควบคุมตนเองไม่ได้ และบางครั้งมันเป็นสิ่งจำเป็นต้องทำเพื่อหยุดยั้ง” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)



“โกรธมากมองไม่เห็นอะไรเลยครับ โกรธจนมองไม่เห็นเลยใช้พัดลมเป็นที่ระบายอารมณ์ เหมือนมีอะไรมาปิดตาผมไว้ รู้ตัวแต่มันคุมสติไม่ได้” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี)

“ไปได้ลิ่วเข้าฮีตอีหลี (ไม่ได้จะทำจริง) แต่พอมันฮีตไปแล้วมันไปเลย (แต่พอมันทำไปแล้วมันเลยตามเลย) ไปแล้วกะลงมือเลย (ไปแล้วก็ลงมือเลย) ที่แรกไปได้คิดว่าสิจริงจัง (ตอนแรกไม่ได้คิดว่าจะจริงจัง) แต่มันฮีตไปไปได้วางแผนดอก (แต่มันทำไป ไม่ได้วางแผนหรอก) คิดปั๊บฮีตปั๊บ (คิดปั๊บทำปั๊บ)...” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี)

“หงุดหงิด บ่อยๆบ่เซา (อยู่เฉยๆไม่ได้) มีแต่อยากไปอยากย่าง (มีแต่อยากไป อยากเดินไป) ไผ่เว้าหยังบ่เข้าหูกะสุน (ใครพูดอะไรไม่เข้าหูก็ไม่โ) สุนนิกะสุนแเฮง (โมโหเนียโมโหมาก) สุนจนสั้นห้ามจะของบ่อยู่ (โมโหจนสั้นห้ามตนเองไม่อยู่) คือตอนนั้นมันมาลัดทางผม (คือตอนนั้นมันมาขวางทางผม) ผมกะสุนใจฮ้าย (ผมก็โมโหอารมณ์เสีย) เลยคิดหยังบ่ออก (เลยคิดอะไรไม่ออก)...” (รายที่ 12 อายุ 43 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ย่านบักรถกานมาจับ (กลัวไอ้รถลายมาจับ หมายถึงรถตำรวจ) มาเป็นลืบบ่แม่นเปิดโรงพักพันธุ์ หมอ (มาเป็นลืบคนไม่ใช่มาทั้งโรงพักเลยหรือหมอ) เอาไม้มาแห่เฮือนผมจนหมุนเปิด (เอาไม้มาแห่บ้านผมจนพังหมด) ไปจับผมฮอดเทิงเฮือน (ไปจับผมถึงบนบ้าน) พ่อแม่กะหนีเปิด (พ่อแม่ก็หนีหมด) ผมฮ้องเอิ้นไผ่กะบ่มีไผ่อยู่ (ผมร้องเรียกใครก็ไม่มีการอยู่) แต่ผมรู้ตัวอยู่แต่ผมไปพันหัวเขาแต่มันฮอดบ่ได้ (แต่ผมรู้ตัวอยู่นะว่าผมไปพันหัวเขาแต่มันฮอดไม่ได้)” (รายที่ 14 อายุ 35 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“เอิ้นว่าสติแตก (เรียกว่าสติแตก) คุณกะของบ่อยู่ จะว่าจั่งได้อยากฆ่าคน สาเหตุที่ผมทำลายสิ่งของย่อนว่าอยากระบายบ่อยากฆ่าคน บ่อยากฆ่าไผ่ ผมฮีตบ่ได้กะเลยฮีตลงที่สิ่งของ เพราะว่าสิ่งของเฮากะฮีตกะหาซื้อใหม่ได้...” (รายที่ 15 อายุ 30 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี)

“ผมสุนหงุดหงิดเลาด่าผมประกอบกันหลายเรื่อง (ผมโมโห หงุดหงิดแม่ด่า ประกอบกันหลายเรื่อง)...ผมสุนให้แม่เลาจ่มคู๋ ด่าผม บ่ฟังผม (ผมโมโหให้แม่แค้นบ่ยอม ด่าผม) บ่มีไผ่ฮักผมตอนนั้นผมคิดแบบนี้แต่ตอนนี้บ่ได้คิดแล้ว สุนนำละครับ ใจฮ้าย (ไม่มีใครรักผม ตอนนั้นผมคิดแบบนี้ ตอนนี้ไม่คิดแล้ว) โมโหด้วยละครับ ไม่พอใจ...ผมไม่ได้ตั้งใจ...” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อากา

เดือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ พยายามอธิบายแต่ถ้าไม่มีใครฟังจะเริ่มหงุดหงิด แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวภายใน 1 ชั่วโมง)

“ความรุนแรงที่ว่า เมื่อกี๊มากกระตุ้นใช้เสียงหนวกหู แห่งสุนตัม (ยิงโมโหมากขึ้น) ใจจริงก็ยังไม่สงสัย อยู่ที่เราทำจริงบ่ (ใหม่)...อยู่ลือๆ (อยู่เฉยๆ) บ่ต้องเว้าหยิ่งนำผม (ไม่ต้องมาพูดอะไรกับผม) ผมกำลัง สุนแห่งมาเว้ามาว่าแห่งสุนตัม (ผมกำลังโมโหยิ่งมาพูดมาแต่ยังไม่โหมเพิ่มขึ้น) ตอนนั้นเมียมาแนะนำผม คือ (เหมือน) สอนผม...” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเดือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ มักจะหงุดหงิดขึ้นมาทันทีภายใน 1 ชั่วโมงถ้าไม่พอใจ)

“มีแต่พูดซ้ำเติม พูดแทงใจ...บอกว่ามันขี้ยา ยังไงก็กลับไปกินเหมือนเดิม ยังไงก็เลิกไม่ได้ หมาเคย กินขี้ก็ต้องกินขี้ แต่ความคิดผม ผมต้องทำกลับกันให้ได้ เพราะว่าผมก็เป็นคนคนหนึ่ง ต้องเปลี่ยนตัวเองให้ได้ ผมว่ามันยังไม่สาย” (รายที่ 4 อายุ 26 ปี ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเดือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ มักจะกัดฟันกรามเสียงดังและตามด้วยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันที)

“คำพูดอย่าไปทำอะไรเงี้ยะ ประมาณเนี้ยะ ผมคิดว่ามันน่าจะกระตุ้นมากกว่า เพราะว่าเขาไม่รู้ ไม่รู้เรื่องอะไรกับเรา” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเดือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ มักจะโยนสิ่งของให้เสียงดังเพื่อแสดงให้รู้ว่าตนเองกำลังหงุดหงิดก่อนจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทันที)

“โอ้ยกะอย่ามาเอ็นบักผีบ้า ขึ้นมาเอ็นบักผีบ้า (ก็อย่ามาเรียกไอ้ผีบ้า)...ผมบ่มีคนมาเอ็นแบบนี้ (ผมไม่ชอบคนมาเรียกแบบนี้) ขึ้นสิเว้าแบบนี้อย่ามาหัวชาผมดีกว่า (ถ้าจะพูดแบบนี้อย่ามาสนใจผม ดีกว่า)... เว้าแบบนี้ผมเอาคืนคือกัน (พูดแบบนี้ผมก็ทำกลับเหมือนกัน)...ขึ้นมาว่าเป็นบ้าช่วงผมกำลัง สุน (ถ้ามาพูดว่าเป็นบ้าผมกำลังโมโห) ผมเฮ็ดอีหลี ห้ามเลยคำนี้ผมสุนผมบ่มี (ผมทำจริง ๆ ห้ามเลย คำนี้ผมโมโห ผมไม่ชอบ) ...” (รายที่ 7 อายุ 47 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเดือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ เริ่มพูดมากขึ้น หงุดหงิดง่าย เดินบ่อย ใครถามก็รู้สึกไม่อยากตอบ)

“มาซ้ำเติมดูถูกอยู่นั้นแหละ ว่าเราเป็นบ้า กินยาจิตเวช ส่วนมากนะไปบำบัดไปรักษาเหมือนมีคน มาดูถูก...ถามเกี่ยวกับไปรักษาเกี่ยวกับประมาณนั้นเรื่องยามเห็นจากเพื่อนผมส่วนมากผมก็ไม่ชอบ เกี่ยวกับไปรักษาไปอะไรไปบำบัด...หงุดหงิด มันเหมือนกับในใจมันคิดว่าตนเองเป็นนั่นแหละ เหมือน มีคนมาดูถูกว่าตนเองเป็นบ้าเป็นอะไร” (รายที่ 8 อายุ 46 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี อาการเดือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ หงุดหงิดง่าย ไม่อยากตอบคำถามใคร พยายามเดินหนีออกไปทำอย่างอื่นเพื่อให้ใจเย็นลง)



“กะเมี้ยจ่มจั้งจั้งจั้ง (ก็กรรยาบอย่างจั้งอย่างจั้ง)...กะว่ากุสิหนีจั้งจั้งจั้ง (ก็ว่ากู่จะหนีอย่างจั้งอย่างจั้ง) กุสิบ่เอามิ่ง ไสเฮาหนี (กู่จะไม่เอามิ่ง ไสเราหนี) ผมกะคิดไปทั่ว (ผมก็คิดไปเรื่อย) เฮ็ดไปทั่ว (ทำไปเรื่อย) คิดว่าผู้้นผู้้นบ่ฮักน้อยใจไป (คิดว่าคนนั้นคนนี้ไม่รักน้อยใจไป)...เป็นอารมณ์ชั่ววูบ แต่มันกะบ่อยากคิดดอก (แต่มันก็ไม่อยากคิดหรอก)” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ เดินหนีออกจากเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้ไม่พอใจ เริ่มพูดมากขึ้น หลังจากนั้นจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว)

“บ่เข้าใจกัน (ไม่เข้าใจกัน) ใผสิรู้ว่าควายกินสายบัวแล้วมันลิซี้เหลว (ใครจะรู้ว่าควายกินสายบัวแล้วมันจะถ่ายเหลว) ใผสิไปรู๊ตีผมเป็นเด็กน้อย (ผมจะไปรู๊หรือผมเป็นเด็ก) คือบ่บอกผมดี ๆ มาด่ามาว่าผมเลี้ยงควายให้ซี้เหม็น (ทำไมไม่บอกผมดี ๆ มาด่ามาว่าผมเลี้ยงควายให้ซี้เหม็น) ผมกะสუნแหล่ว (ผมก็โมโหสิ) อันนี้ละคือความบ่เข้าใจกันบ่รู้จักถามกันก่อน (สิ่งนี้แหละคือความไม่เข้าใจกัน ไม่รู้จักถามก่อน) ผมกะมีส่วนผิดใจฮ้อนเกินไป (ผมก็มีส่วนผิดใจร้อนเกินไป)...” (รายที่ 10 อายุ 34 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่ไว้วางใจคนอื่น)

“คำพูดพ่อก็คือจั้งพ่อกะเมี้ยเวลาผมไปซื้อหยังมา (เหมือนกับพ่อกะเมี้ย เวลาที่ผมไปซื้ออะไรมา) เช่น กลองชุด ผมเอามาตีเล่น พ่อกะเมี้ยว่ามิ่งไปซื้อหยังมาบ่คนบ่พอชาติ (พ่อกะเมี้ยว่ามิ่งไปซื้ออะไรมาไอ้คนไม่สมประกอบ) ผมมันกะเลยเกิดสუნ (ผมจึงโมโห)...บ่มีคนเว้าแบบนี้ (ไม่ชอบคนที่พูดแบบนี้) มันเหมือนดูถูกผม...” (รายที่ 11 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน ความสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี อาการเตือนก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ วิ่งเข้าไปหาคนที่ทำให้รู้สึกไม่พอใจทันทีแต่จะยังไม่ทำอันตรายอะไรทันที จะใช้เสียงคุกคามก่อน เดินบ่ยขึ้น ถ้ามีพฤติกรรมโต้ตอบ จะดุด่า และกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวทันที)

“เรื่องครอบครัวครับ...สาเหตุที่เริ่มต้นจากความเครียด เมี้ยเคยมีลูก 3 คน ก็ทั้งหมดคนยัง (คนที่เหลือ) กะตาย (ก็ตาย) ตั้งแต่ขวบปีแรก ชีวิตผมแทบจะบ่มีหยัง (ไม่มีอะไร) ยังมาเจอแม่ยายด่าจ่ม (บ่น)อีก สุดคักแล้วชีวิตบ่มีแนวเปรียบ (ที่สุดแล้วชีวิตไม่มีอะไรเปรียบเทียบ)...คิดว่าที่เราเป็นประสาหนี่แหละครับ อารมณ์หงุดหงิดก็มีส่วนที่ทำให้เป็นประสาหนี่ อีกละคือความกดดันในครอบครัว แต่มันก็พลาดที่ไปลงกับเมี้ย...” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“ทะเลาะครับแฟนครับ แล้วก็ทะเลาะกับแม่ด้วย เพราะโมโหตอนนั้นทะเลาะแม่เรื่องแฟน แม่บอกทะเลาะกันบ่อยเกินไปเลยลามทะเลาะกัน ก็อธิบายว่าทะเลาะ เพราะเรื่องหนี้สินที่เป็นหนี้เยอะ หนี้เยอะแหละหมอบ ไม่มีจ่าย ผมบอกว่า หนี้เราช่วยกันหาได้เขาว่า มันไปกันไม่ได้ก็เลยโมโหครับ พอโมโหเขาไม่ค่อยพูดครับ เขาเงียบเลย ก็เลยโมโหเพิ่มอีก...เขาพูดไม่เข้าเรื่องงั้นครับ ไม่ถูกเรื่องงั้นครับ ก็เลยสร้างความหงุดหงิดให้เราขึ้น มันพูดไม่เข้ากันครับ ไม่ลงรอยกัน” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับครอบครัว)

“ตอนที่มันหงุดหงิดก็ทะเลาะกับแฟนครับ คุณอะไรก็ไม่รู้เรื่อง ทำไปอีกอย่างหนึ่ง ภาพมันทำให้เราคิดอีกอย่างหนึ่ง แล้วก็พูดไปเหมือนที่เราคิดคนเดียว ก็เลยพูดอะไรไปไม่ค่อยเข้าใจกัน” (รายที่ 8 อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“มาเฮือนเมียจ่มแห่นกะเลยเว่กกัน (กลับมาบ้านแฟนบ่นก็เลยคุยกัน) คำแรกที่เขาว่ากะจำบได้ เต็มๆดอก (คำแรกที่เขาว่าก็จำแบบเต็มๆไม่ได้หรอก) แต่ทะเลาะกันผิดกัน (แต่ทะเลาะกัน ไม่ถูกใจกัน) ตอนนั้นมาฮอดบ้านถื่อว่าหนัก สุน่ง่าย (ตอนนั้นมาถึงบ้านถื่อว่าหนัก โมโห่ง่าย)...เหตุการณ์บ่มีหยังหลาย (เหตุการณ์ไม่มีอะไรมาก) เว่กกันแป็บเดียว (พูดคุยกันแป็บเดียว) ผมกะเลยทุบรถ ตินยันมอเตอร์ไซค์” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน มีลักษณะความรุนแรงกับตนเองและครอบครัว)

“ผมว่ายาบ้าทำให้ผมหงุดหงิด บางคนอาจจะใช้ความรุนแรง ถ้าไม่ไตร่ตรองดี ๆ เหมือนผมก็อาจจะตะคอกแม่เพราะเราไม่ได้คิดก่อน เรื่องยาเรื่องเหล้ามีผล” (รายที่ 4 อายุ 26 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรส หย่าร้าง)

“เหล้า...มีส่วนอยู่ที่ทำให้หงุดหงิด อารมณ์ขี้หงุดหงิดก็มีครับ เหล้าทั้งทำลายสุขภาพและเปลืองเงินไม่เห็นมีใครกินเหล้าแล้วร่ำรวยเลยครับ มีแต่เสียคน ลูกเมียก็เบื่อหน่าย คิดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากเหล้าด้วย” (รายที่ 7 อายุ 47 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน)

“ทะเลาะกันผิดกัน (ไม่เข้าใจกัน) ตอนนั้นมาฮอด (ถึง) บ้านถื่อว่าหนักสุน่ง่าย (โกรธง่าย) กินเหล้าฆ่าม้าละคือ (ดื่มเหล้าบ่ยั้งยาบ้าก่อนละมั้ง) เหตุการณ์บ่มีหยังหลาย (เหตุการณ์ไม่มีอะไรมาก) เว่กกันแป็บเดียวผมกะเลยทุบรถ ตินยันมอเตอร์ไซค์ (พูดกันแป็บเดียวผมก็ทุบรถเลย ทำถึงบรถจักรยานยนต์)” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน)

“ตอนนั้นผมคลั่งยาเสพยาบ้าหลาย (ผมคลั่งยาบ้าหนัก) เป็นบ้าเป็นประสาท...รู้สึกจะของถักเบียดเบียนจากทุกคน (รู้สึกตัวเองถูกเบียดเบียนจากทุกคน) มันคิดไปเอง...” (รายที่ 10 อายุ 34 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพหย่าร้าง)

#### 4.2.4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่รับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ โดยผิดหวังกับตัวเอง ทำตัวไม่ดี สร้างปัญหา ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ คนอื่นและคนในครอบครัวเจ็บตัว เกิดความหวาดกลัว หวั่นใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง โดยรู้สึกอายตัวเอง น้อยใจกับตัวเอง คนอื่นจะพูดหรือว่าตนไม่ดี ไม่กล้าออกไปไหน คนจะมองยังไง ไม่อยากไปไหนเลยอยู่แต่บ้านกลัวท่าทีของคนรอบข้างไปไหนก็มีแต่คนกลัว ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนหนึ่งสะท้อนว่า รู้สึกเหมือนชีวิตลึ้มละลาย หมดสิ้นทุกอย่าง ไม่มีใครไม่เหลือใครเลย ลึ้มเหลวกับชีวิต ขาดความน่าเชื่อถือ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมเสียใจ ผิดหวังกับตัวเอง...เพราะถ้าผมไม่สร้างปัญหามันก็ไม่เกิด...ผมเป็นห่วงความรู้สึกคนแก่ในตอนนั้น...ผมกลัวบาป มีแต่ห่วงความรู้สึกแม่ผมเรียกแก้วยาย ห่วงแกจริง ๆ ผมคิดตลอดครับอะไรผิดถูกผมรู้อยู่ คำว่าห่วงก็หมายถึงกลัวแม่คิดมากไม่สบายใจทุกซอกทุกกับผมนั่นแหละห่วงความรู้สึกแม่” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเองและจากบุคคลอื่น)

“ก็คิดว่ามันไม่เหมือนชาวบ้านทั่วไป ไม่ควรทำก้าวร้าวรุนแรงกับใคร เขาย่านเขาตื่น (เขากลัว เขาตกใจ) ใฝ่ลียากว่านำเอา (ใครจะอยากพูดกับเรา) นี่ละที่ว่าควรทำไปมากกว่านี้ (นี่แหละที่บอกไม่ควรทำไปมากกว่านี้) แคนี่คนกะลี่ยานแล้วละเขาอาจจะไม่พูด (แคนี่คนก็จะกลัวแล้วละเขาอาจจะไม่พูด) แต่ก็คิดอยู่ว่าคนลี่ยานผม (แต่ก็คิดอยู่ว่าคนจะกลัวผม)” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ยอมสู้สิ่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเองและจากบุคคลอื่น)

“รู้สึกเป็นคนไม่ดี...หลายอย่างแหละครับ สังคม ตัวเราเอง ญาติพี่น้อง สุขภาพ แล้วก็พ่อแม่พี่น้องญาติ สังคม ไม่ค่อยจะเข้าไป ส่วนมากจะเอาตัวเองออกจากสังคม ไม่กล้าเพราะเราทำตัวไม่ดี...เสียใจอยู่ รู้สึกว่าไม่ใช่ ปกติเราไม่ใช่คนแบบนี้ เสียใจอยู่...” (รายที่ 8 อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“รู้สึกเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น...ถ้าว่าถึงผลพวกมันจะได้รับอยู่ละครับ (ถ้าพูดถึงผลกระทบมันก็ได้รับอยู่แหละครับ) กะคนบักแหง (ก็คนไม่รักบ้าง) สังคมเขามองเขาในแง่ที่ปดึ้นนั้นละ (สังคมนึกมองเราในแง่ที่ไม่ดีนั้นแหละ) แล้วกะการที่ว่าคนในครอบครัวมีทะเลาะวิวาทกันมันแฮ็ดให้คิดไปอีกละว่ามันน่าเกิดขึ้นในครอบครัวจะของ (แล้วก็การที่ว่าคนในครอบครัว มีทะเลาะวิวาทกัน มันทำให้คิดไปอีกแหละว่า มันไม่น่าเกิดขึ้นในครอบครัวของเรา) ชีวิตเฮามันน่าจะดีกว่านี้ (ชีวิตเรามันน่าจะดีกว่านี้) การเงินการค่าเฮากะปดึ (เรื่องเงินทองเราก็ดไม่ดี) เป็นหนี้เป็นสิน เป็นหนี้หลาย (เป็นหนี้เยอะ) บมีเงิน

มาบริหารเรื่องงวตรถ (ไม่มีเงินมาบริหารเรื่องงวตรถ)...อันนี้ผลกระทบโดยตรงกับโตผม (อันนี้ผลกระทบโดยตรงกับตัวผม)” (รายที่ 9 อายุ 4 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“ซุกแม่หัวฟาดพื้น (ผลักแม่หัวฟาดพื้น) เอาถังรั้งฝั่งฟาด ทำร้ายแม่จนเจ็บได้นอนโรงพยาบาล รู้สึกผิดเป็นบาปกรรม เห็นตัวเองเหมือนคนบ่ (ไม่) ดีทำร้ายแม่” (รายที่ 1 อายุ 40 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเองและคนอื่น)

“ถีบเมียใส่กกเสา เมียหัวแตก (ถีบภรรยาใส่ต้นเสา ภรรยาหัวแตก) เมียเลือดออก (ภรรยาเลือดออก) ผมเปลอ รู้ตัวอีกทีมีคนมาช่วยเมียออกจากผม ผมรู้สึกบ่ดี (ผมรู้สึกไม่ดี) รู้สึกผิดสับสนที่ไปทำร้ายเมีย” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“ผมเอามัดไปพันหัวเขา มันนอนอยู่ตะแคง (มันนอนอยู่ที่แคง) หัวมันมีเลือดออก ...ผมเคียดให้มันว่าบ่ให้ผ่านทางเทียว (ผมโกรธที่มันว่าไม่ให้ผมเดินผ่าน)” (รายที่ 14 อายุ 35 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“ผมอายุที่เป็นแบบนี้ไม่มีใครยอมรับหรอก คนในหมู่บ้านรังเกียจผม จะให้ผมทำมาหากินยังไร งานก็ไม่รู้เขาจะรับไหม ใครละจะจ้าง เคยทำงานขับรถตู้ได้ รับส่งโดยสารเขาจะมองผมยังไร ไม่อยากไปไหนเลยอยู่แต่บ้าน...คนอื่นจะมองผมยังไรละที่นี้” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“รู้สึกอายบ้างครับ อายาก (รู้สึก) อายคน เขากะว่าเขาเป็นผีบ้าไปหาชายของ (เขากะว่าเราเป็นผีบ้าไปหาชายของ) ไผละสียากกินข้าวโพดน้ำ (ใครละจะอยากกินข้าวโพดด้วย) แต่บ่มีแนวชาย (แต่ไม่มีอะไรขาย) ทางหาเงินเลี้ยงลูก...รู้สึกแปลกๆเหมือนตัวเองเป็นของแปลก ผ่านไปสี่ห้าเดือนอารมณ์นั้นก็หายไป” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)



“จักผมสิว่าจั่งได้ (ไม่รู้ผมจะพูดยังง) มันบ่เหลือหยังจักอย่าง (ไม่เหลืออะไรสักอย่าง) คือถักกักบริเวณ ไปไลมาไลกะมีแต่คนย่าน (เหมือนถักกักบริเวณ ไปไหนมาไหนก็มีแต่คนกลัว) กะเลยบ่อยากไปไส อยู่แต่บ่มีน้ำมัน (ก็เลยไม่อยากจะออกไปไหน อยู่แต่บ่มีน้ำมัน) คนกะมาเติม (คนก็มาเติมอยู่) ลูกค้ากะหลายอยู่ (ลูกค้าก็เยอะอยู่) ผมกะต้องแต่งตัวดี (ผมก็ต้องแต่งตัวดี) เขาจั่งสิอยากเข้าร้าน คือเขาไปในเมืองไปเติมน้ำมัน (เขาก็ค่อยอยากเข้าร้านเหมือนเราไปในเมืองไปเติมน้ำมัน) ชั้นคนทรงบ่คือเฮากะบ่อยากเติม (ถ้าคนไม่เข้าตาเราก็ไม่อยากจะเติม) ผมกะได้ปรับจะของ (ผมก็จะได้ปรับปรุงตัวเอง) สิได้มีรายได้มาหมุนเวียน (จะได้มีรายได้หมุนเวียน) คนกะสิได้เห็นว่าเขาทำการงานบ่ได้เป็นคือเก่า (คนก็จะได้เห็นว่าเขาทำการงานไม่ได้เป็นเหมือนเดิม) ” (รายที่ 11 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“คือว่าเหตุการณ์มันเกิดขึ้นมาแล้ว คนกะสิว่า (คนอื่นก็จะว่า) บักอันนี้มันตีพ่อฆ่าพ่อ มันเป็นจั่งชั้นจั่งซี้ (ไอคนนั้นมันทำร้ายพ่อ แบบนั้นแบบนี้) ผมกะเลยเกิดอยากอายจะของ (ผมก็เลยเกิดความรู้สึกอายตัวเอง) แต่ผมกะขายของอยู่เฮือนได้ (แต่ผมก็ขายของอยู่บ้านได้) ไปหาปูหาปลาได้ แต่กะยังบ่ถือว่าเต็มร้อย (แต่ก็ยังไม่ถึงว่าเต็มร้อย) หรือผมคิดไปเองกะบู้เพราะว่าย่านคนเว้าใส (หรือผมคิดไปเองก็บู้เพราะว่ากลัวคนอื่นพูดถึง) แต่กะเคยได้ยินแต่เป็นใหม่ๆ ฟันละ (แต่ก็เคยได้ยินตั้งแต่ป่วยใหม่ๆ นั้นละ) ว่าผมเป็นบ้า ว่าผมเสพเมามาฆ่าพ่อ (ว่าผมเสพเมามาฆ่าพ่อแล้วมาทำร้ายพ่อ) ฆ่าเฮือนซาน (ทุบบ้าน) แรกๆผมบ่ไปไสเลยเด้ (แรกๆผมไม่ได้ออกไปไหนเลยนะ) ตอนออกโรงพยาบาลมีช่วงเค็งปีหลังที่ออกไปข้างนอก (มีช่วงครึ่งปีหลังที่ออกไปข้างนอก) ผมกะเว้าให้คุณหมอฟังแบบแผนๆ นั้นละ (ผมก็เล่าให้หมอฟังแบบละเอียดทั้งหมดนี้แหละ)” (รายที่ 13 อายุ 39 ปี สถานภาพโสด ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“คนอื่นมองผมไม่ดี... สำหมา (เท่าหมา) เป็นเปรียบเปรยว่ามีหยังดีขึ้น (เปรียบเปรยว่าไม่มีอะไรดีขึ้น) คิดบ่ดีขึ้น (คิดไม่ดีขึ้น) กะสำนั้นแค่นั้นสำหมาโตหนึ่งละครับ (ก็เท่า นั้น แค่นั้น เท่าหมาตัวหนึ่งละครับ) เขาเป็นคนน่าจะคิดได้หลายกว่าหมา (เราเป็นคนน่าจะคิดได้มากกว่าหมา)...น้อยใจตัวเองครับ...ที่มันทำให้ตนเองเสียนาคตไปเยอะมาก” (รายที่ 4 อายุ 26 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ยอมยกสูงสิ่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“ล้มละลาย เหมือนไม่มีใครเลย ไม่มีอะไรเหลือเลย ล้มเหลวกับชีวิต ไม่มีใครช่วย ไม่มีใครดูแล ปัญหาชีวิตเราซบเซาลง น้อยใจกับชีวิต รู้สึกต่อต้านไปหมด คิดอะไรไม่ออก ชีวิตกลายเป็นคนล้มละลาย ครอบครัวแตกแยก ไม่สมบูรณ์ ไม่มีใครจ้างงานแถมติดหนี้ด้วย ผิดหวังกับตัวเอง” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“เป็นบุคคลล้มละลายอันดับ (เป็นบุคคลล้มละลายนั้นแหละ) ขาดความน่าเชื่อถือทันทีเลย บ่มีใผมาเชื่อผมดอก (ไม่มีใครมาเชื่อผมหรอก) ใผลืมาเชื่อผม (ใครจะมาเชื่อผม)...ชีวิตคนมันกะต้องมี พ่อแม่มันจั่งสิสมบรูณ์ (ชีวิตคนมันก็ต้องมีพ่อแม่มันถึงจะสมบรูณ์) ผมว่าลืสร้างให้ลูกเฮือนซาน (ผมว่าสร้างให้ลูกบ้านเรือน) บ้านหลังนี้กะลืให้เขาแต่มันล้มละลายเบ็ด (บ้านหลังนี้ก็จะให้เขาแต่มันล้มละลายหมด) เบ็งเอาโลดผั่งแตกฮัง (ดูเอาเถอะผั่งแตกกรัง) หนีวีนๆ (บินหนี) คิดเบ็งเอาโลดมือใด้มา แต่รับจ้างกะยังได้หยอกได้เว่าน้ำลูก (คิดดูเอานะวันไหนกลับจากรับจ้างก็ยังได้หยอกได้พูดกับลูก) บาดนี้มาบ้านลืได้หยอกใผละคิดว่า บ่มีแม่กระทั่งคนหยอก (แต่ที่นี้จะได้หยอกใครละคิดว่า) คิดเบ็งเอาโลดสภาพความรู้สึกผม (คิดดูเอาเลยสภาพความรู้สึกผม)...” (รายที่ 10 อายุ 34 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“เขาบอกว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่กล้าไปพูดกับเขา เขากลับ...เขาว่าผมเป็นผู้ป่วยจิตเวชเหมือนเป็นปมด้อย...ผมอายุที่เป็นแบบนี้ไม่มีใครยอมรับหรอก คนในหมู่บ้านคงรังเกียจผม จะทำให้ผมทำมาหากินยังงัย งานก็ไม่รู้เขาจะรับไหม เขาว่าบ่ฮัก ใครจะอยากจ้าง” (รายที่ 5 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“หลังนอนโรงพยาบาล คนอื่นก็ไม่อยากถามเหมือนแต่ก่อน ลืกับบ่มีใผอยากเข้าใกล้ (รู้สึกไม่มีใผอยากเข้าใกล้) ไปขายข้าวโพดช่วงแรกบ่มีใผอยากมาซื้อขายปติ (ไปขายข้าวโพดช่วงแรกไม่มีใผอยากมาซื้อขายไม่ตี) ขายไปหลายเดือนจั่งเริ่มกลับมาขายปติ (ขายไปหลายเดือนค่อยเริ่มกลับมาขายปติ)แรกๆ ท้อคือกัน (แรกๆท้อเหมือนกัน) คือจะของเป็นของแปลก (เหมือนตัวเองเป็นของแปลก)...สงสัยเขาว่าจากโรงพยาบาลจิตเวช กินยา เป็นบ้าเป็นบอ คนย่าน (คนกลัว)” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“ตะกี้กะมีคนมาหา (แต่ก่อนก็มีคนมาหา) ย่างมาหา (เดินมาหา) เว้ากันดูกันว่านื้ออยู่ (พูดกันบ่อยกว่านี้) กลายเป็นว่าตอนนื้ออยู่ใผอยู่มัน (กลายเป็นว่าตอนนื้ออยู่ใครอยู่มัน) แม่กระทั่งเอี้ยอ้ายญาติพี่น้องกะบ่มาหาคือเก่า (แม่กระทั่งพี่สาวพี่ชาย ญาติพี่น้องก็ไม่มาหาเหมือนเดิม) ซุมื้อนื้ออยู่ใผอยู่มันเลย (ทุกวันนื้ออยู่ใครอยู่มันเลย) ย้อนว่ากะเจ้าเคยให้เคยไว้ใจ (เพราะว่าคนอื่นเคยให้เคยไว้ใจ) แต่เฮาไปเฮ็ดซ้าซาก (แต่เราไปทำซ้าซาก) กะเลยกลายเป็นว่า(ก็เลยกลายเป็นว่า) เพิ่นป่สนใจเลยบ่อยากมีคนมาใกล้ (เขาไม่สนใจเลยบ่อยากมีคนมาใกล้)” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“แต่ก่อนกะเคยกินข้าวพาเดียวกัน (แต่ก่อนก็เคยกินข้าวร่วมวงเดียวกัน) พ่อเป็นแบบนี้มากะแยกพาข้าวกันกิน (พ่อเป็นแบบนี้มาก็แยกวงกินข้าวกัน) พ่อแม่ญาติก็กลัวผม ย่านผม (กลัวผม)



ฟังกลับมากินน้ำกันอีก (ฟังกลับมากินด้วยกันอีก)...” (รายที่ 4 อายุ 26 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“คนในสังคมรังเกียจ... กิริยาท่าทางที่สังเกตเห็น เช่น การที่เคยคุยกันปกติ จะพูดมากแต่เดี๋ยวนี้พูดน้อยลง ไม่ค่อยคุยกัน เขาไม่อยากพูดกับเรา เขากลับ...” (รายที่ 2 อายุ 26 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเองและคนอื่น)

“ไม่เหมือนคนอื่นปกติ ที่อยู่บ้านปกติ อยากใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่นเขา...อยากเป็นคือ(เหมือน)คนอื่น...ไม่อยากเป็นบ้าให้คนกลัว เขาย่าน (เขากลับ) อยากอยู่ปกติบ่อยากเป็นแบบนี้ก็อยากปกตินั่นละ” (รายที่ 3 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

“คล้ายๆว่ามันบ่มีหม่องไป (เหมือนว่ามันไม่มีที่ไป) บ่มีไผยอมรับ (ไม่มีใครยอมรับ) คือจั่งมีเงินเอั้นที่ บ่มีเงินกะเฉยเฉย (เหมือนแบบว่ามีเงินเรียกที่ ไม่มีเงินก็เหมินเฉย) กะการที่เฮากินยากินหยัง (กับการที่เรากินยาอะไร) พ่อแม่แจ้งจับมีประวัติมาบูบนิ (นะ) คะเจ้าลีบ่ค่อยให้ลูกหลานมาหาเด้ (คนอื่นจะไม่ค่อยให้ลูกหลานมาหานะ) ไ้อัยบักอันนิมันเป็นบ้าเป็นบอคือซี้คูกซี้ตาราง (ไอ้อัยอันนี้เป็นบ้าเหมือนซี้คูกซี้ตาราง) นิสัยบ่ดี (นิสัยไม่ดี) จั่งซี้ละคนบ้านเฮามันเป็นแบบนี้หลายในสังคม (แบบนี้แหละคนบ้านเรามันเป็นแบบนี้เยอะในสังคม)...” (รายที่ 4 อายุ 26 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยเก็บกดไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลจากตนเอง)

#### 4.2.5. ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง

ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สะท้อนความต้องการของตนเอง โดยต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ที่มักจะเกิดขึ้นเพื่อเป็นสัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการ ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด โดยขณะที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงขอให้รับฟังด้วยความเข้าใจ ไม่ต้องพูดหรือแนะนำ และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม เช่น แสดงความห่วงใยใส่ใจ พูดดี ๆ เพราะ ใช้คำถามทั่วไปไม่ใช้ถามเกี่ยวกับการกินยาขาดยาและอาการเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมมองว่าสิ่งที่ผมทำไปมันมีสัญญาณที่ส่งเขาไปแล้ว ผมบอกไปแล้วครั้งสองครั้ง อย่าหาว่าผมไม่บอก แต่มันก็ยังมีอีกคงจะบอกว่าจะอย่าใช้กำลัง” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ บอกตรง ๆ ว่าอย่ามายุ่ง ถ้ายังมาพูดแทงใจดำจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันที)

“อาการผมออกผมสปีพยายามอย่างดู่ เว้าหลายขึ้น (อาการผมจะแสดงออกคือ พยายามเดินบ่อย พุดมากขึ้น)...หลังจากนั้นปีขึ้นหลังคา เียดสมบเทา (ทำสมจริง) ผมกะปีขึ้นหลังคาตีๆนี้แหละ (ผมก็ปีขึ้นหลังคาตี ๆ นี้แหละ) ถ้อมีดโต้สองดวงมันสูง (ถ้อมีดโต้สองด้ามมันโมโห) ...แล้วกระโดดลงมาโอง” (รายที่ 7 อายุ 47 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ พุดมากขึ้น เดินบ่อยขึ้น หงุดหงิดง่าย ไม่อยากตอบคำถามใคร)

“ถ้ามาถาม คือว่าละ (เหมือนอย่างว่า) ต้องถามทั่วไป ถามธรรมดา ผมคิดว่านะ เพราะบางคนมายื่นมมมายื่นเบ็ง (ยื่นดู) เห็นสำนึ่งไปเว้าอีกสำนึ่ง (เห็นแค่นี้เอาไปพุดอีกเท่านี้) คนที่บได้เห็นกะถามคนเห็น (คนที่บได้เห็นก็ถามคนเห็น) ผมเลยคิดว่าคนที่เห็นมายื่นเบ็งแห่งสิสูงกว่าถามอีก (ผมเลยคิดว่าคนที่เห็นมายื่นดูยิ่งจะโมโหมากกว่าถามอีก) เขาแห่งอารมณบดี (เรายังอารมณบไม่ดี)” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ พยายามเดินหนีจากสิ่งที่ไม่พอใจ เริ่มพุดมากขึ้น ยิ่งถ้าได้ยินเสียงบ่นกระตุ้นหรือชวนทะเลาะ จะกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทันที)

“เวลาไปหาหมอ...หมอบอกว่าผมหลอน ผมเป็นบ้า ผมก็บไป ผมก็เลยหยุดให้ความร่วมมือ...ควรบอกผมว่าขอตรวจดูสักหน่อย อย่าพั้งพุดก่อนว่าผมหลอน...คำว้าหลอน มันแทงใจดำเกินไป ผมอยากให้ตรวจสอบดูก่อน ถ้าตรวจก่อนแล้วบอกว้าผมหลอน ผมพอจะเข้าใจ ต้องอธิบายก่อน” (รายที่ 2 อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)

“อย่าเว้ากระโชกโชกฮากออกคำสั่ง (อย่าพุดกระโชกฮากออกคำสั่ง)...อย่ามาฮ้ายมาด่ากระโชกโชกฮากมีอำนาจใส่กัน (อย่ามาดุมมาด่ากระโชกโชกฮากมีอำนาจใส่กัน) มันสูง (มันโมโห) เบ็งในลักษณะของคนทีเข้ามาจะต้องมีลักษณะความดี (ดูในลักษณะของคนทีเข้ามาจะต้องมีลักษณะความดี) สำหรับโตผม (สำหรับตัวผม) คุณหมอนามัย คุณหมอเฟิ่นค้อยเว้าค้อยจาคนป่วย (คุณหมอเขาค้อยพุดค้อยจาคนไข้) เฟิ่นช้อยผมตลอด (เขาช่วยผมตลอด) ช้อยเบ็งช้อยแยง (ช่วยสอดส่องช่วยดูแล) ผมเว้ากับเฟิ่นน่าจะสบายใจสุดแล้วละ (ผมคุยกับหมอน่าจะสบายใจสุดแล้วแหละ) น่าจะเข้าใจผมหลายกว่าหมู่ (น่าจะเข้าใจผมมากกว่าคนอื่น) ต้องการคนเข้าใจเว้าตีๆ เว้างามๆ (ต้องการคนเข้าใจพุดตีๆ พุดไพเราะ) เอาใจใส่การรักษา” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี)

“ขึ้นมาผมกะรู้สึกโตอยู่แล้ว (ถ้ามาผมก็รู้สึกตัวอยู่แล้ว) แต่อย่ามาซักมาถาม ผมบ่ทันแน่นคน (ผมยังไม่ทันเป็นคนผิด) ผิดต้องถามผมก่อนว่าเกิดหยั่งขึ้น (ผิดต้องถามผมก่อนว่าเกิดอะไรขึ้น) ผมกะยอมรับอยู่ส่วนหนึ่งว่ามันผิดมันปดิตอนนั้น (ผมก็ยอมรับอยู่ส่วนหนึ่งว่ามันผิดมันไม่ตีดอนนั้น) แต่ผมเคารพหมอนะ แต่ว่าเฮมันอยู่นำหมอ (แต่ว่าเรามันอยู่กับหมอ) คำว่าหมอของผมนี่คือคนสิมาช่วยชีวิตเฮ (คำว่าหมอของผมนี่หมายถึงคนที่จะมาช่วยชีวิตเรา) เฮต้องเคารพเฟิ่น (เราต้องเคารพหมอ) บ่แน่นว่าเฮสิไปเถียงไปสู้หมอ (ไม่ใช่ว่าเราจะไปเถียงสู้หมอ) ผมว่าเฟิ่นมาช่วยเหลือเฮ (ผมว่าหมอมาช่วยเหลือเรา) แต่ให้ถามผมก่อนที่นั่นละ (แต่ให้ถามผมก่อนแค่นั้นแหละ)” (รายที่ 9 อายุ 43 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นดี)

“ผมต้องการความเข้าใจ ต้องการอิหสิ (ต้องการจริง ๆ) ต้องการความเข้าใจในครอบครัว ต้องการให้เข้าใจผมนำแห่ (ต้องการให้เข้าใจผมด้วย) ความรู้สึก...ผมคิดว่าต้องใช้ความเข้าใจละครับ แต่อย่าพึ่งแนะนำผมทางตรงหรือทางอ้อมเด้อ (นะ) ครับ ทางที่ตืออย่ามาเว่ว (พูด) ในทางฝ่ายตรงข้าม ผมเนาะ (เนอะ) ครับ ให้มาเว่ว (พูด) ทางผมก่อน แล้วกะไปถามทางฝ่ายอื่น (นั่น) ให้ถามทั้งสองฝ่ายที่ทะเลาะวิวาท อย่าไปฟังความข้างเดียว...บ่มีใผมาถามผมพอคำว่าเกิดหยั่งขึ้น (ไม่มีใครมาถามผมสักคำเวลาเกิดอะไรขึ้น) เวลาเป็นเรื่องเป็นราว ผมกะเลยได้อยู่โตคนเดียว (ผมก็เลยได้ตัวคนเดียว)...” (รายที่ 11 อายุ 40 ปี สถานภาพหย่าร้าง ลักษณะนิสัยใจร้อน ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่ดี)

“ก็พูดเพราะๆแหละครับ ถามเรื่องทั่วไปที่ไม่ใช่ความรุนแรง จั่งได้ละ (เป็นยังงัยละ) ถามธรรมดาก็ได้ พูดเพราะๆ ไม่บ่งเบียดเสียดสีเกินไป บ่อยากให้เว้ากระโชกโฮกฮากมาฮ้ายมาตำผม (ไม่อยากจะพูดกระโชกโฮกฮากมาดุด่าผม) ผมฟังอยู่ ถามผมว่าสบายดีบ่ก็ได้ (ถามผมว่าสบายดีไหมก็ได้) เป็นจั่งได้ (เป็นยังงัย) จิตใจดีบ่ (จิตใจดีไหม) สามารถถามได้เปิดละว่าแต่บ่ฮ้ายผม (สามารถถามผมได้หมดละขอแค่อย่าตำผม) ผมเป็นคนใจฮ้อนอยู่แล้ว (ผมเป็นคนใจร้อนอยู่แล้ว) มาบอกมาสอนผม ผมแห่งสูนตี๋มร้อยเท่า (มาบอกมาสอนผมผมยิ่งโมโหกว่าเดิมร้อยเท่า)” (รายที่ 6 อายุ 36 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือพยายามอธิบาย แต่ถ้าไม่มีใครฟังจะเริ่มด่าทอแล้วค่อยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวภายในช่วงเวลา 4 ชั่วโมง)

“เอ็นผมว่าเป็นได้ละ (เรียกผมว่าเป็นยังงัยละ)...คือไปอยู่เทิงนั้น (เพราะอะไรไปอยู่บนนั้น) กินข้าวไป (กินข้าวหรือยัง) กินน้ำไป (ดื่มน้ำหรือยัง) ฮ้อนบ่ (ร้อนไหม) ลงมาเถาะแมะ (ลงมาเร็ว) ถามทั่วไปนี่ละหมอ เห็นหมอมาผมกะดีใจแล้ว โตแทนของหลวงพ่ันเด้นีมาเยี่ยมผมอยู่บ้าน (ตัวแทนของหลวงพ่ันเด้นีมาเยี่ยมผมอยู่บ้าน)...” (รายที่ 7 อายุ 47 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ เริ่มพูดมากขึ้น หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมเดินบ่อย ใครถามก็ไม่อยากตอบคำถาม)

“ผมว่าไม่ต้องพูดคำพูดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวผม เหมือนว่าจะพูดกันเอง ไม่ต้องมาพูดเกี่ยวกับเรื่องวิชาการนะผมว่า ส่วนมากผมไม่ค่อยชอบประมาณนี้ ยิ่งพูดเรื่องพวกนี้ผมยิ่งจะหงุดหงิดออกมา” (รายที่ 8 อายุ 46 ปี ลักษณะนิสัยใจร้อน อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง คือ หงุดหงิดง่าย ไม่อยากพูดหรือตอบคำถามใคร จะพยายามหนีออกไปทำอย่างอื่นให้ใจเย็นลง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน โดยใช้แนวความคิดงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive Qualitative research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์ พฤติกรรมรุนแรง ลักษณะการแสดงพฤติกรรมรุนแรง สาเหตุพฤติกรรมรุนแรง ผลที่เกิดขึ้นจาก พฤติกรรมรุนแรงและความต้องการการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ข้อค้นพบที่ได้สร้างความเข้าใจผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มนี้มากขึ้น ให้สามารถเข้าใจปัญหา และได้ข้อมูลสำคัญที่จะนำมาสู่การวางแผนป้องกันพฤติกรรมรุนแรงที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 15 คน ได้ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นวิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์เอกสารหรือการสื่อสารของบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Patton (1990) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกประเภทข้อมูล (Identifying) ขั้นตอนที่ 2 การลงรหัส (Coding) ขั้นตอนที่ 3 การจัดหมวดหมู่ (Categorizing) ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และเสนอข้อสรุป (Conclusion) และนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และนำเสนอการรับรู้ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลักในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของตนเอง ได้ข้อค้นพบ 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง 2) การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงคือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย 3) สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือติ่มสุรา 4) การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ ห่วงใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย 5) ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม



## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษานี้ ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ได้ข้อค้นพบที่สามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ตามลำดับดังนี้

### 1. การรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง

ผลการศึกษาคั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นการรับรู้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง โดยมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถระงับได้ หรือไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ (นันทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) เป็นการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรง ที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลังที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน (อัคร เดช กลิ่นพิบูลย์, 2561) เริ่มต้นมาจากความโกรธ กลไกการควบคุมอารมณ์โกรธ เกือบกดไว้ ไม่แสดงออกหรือแสดงอารมณ์โกรธออกมาเป็นพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่รุนแรง (อรวรรณ ฮ่องต้อ, 2563) เป็นลักษณะวิธีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง การทำให้หวาดกลัว การสะเทือนขวัญในชุมชน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อย เป็นการแสดงออกของความโกรธในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น หรือการทำลายสิ่งของ และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช (Yudofsky, et al., 1986; ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสวงเจริญ, 2556)

จะเห็นได้ว่าการอธิบายความหมายพฤติกรรมรุนแรง โดยสรุป หมายถึงการกระทำที่รุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และพฤติกรรมต่อทรัพย์สิน และพฤติกรรมรุนแรงทางเพศ ซึ่งความรุนแรงเป็นแนวคิดที่กว้าง การให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนมีความแตกต่างกันตามการรับรู้ประสบการณ์ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษานี้สะท้อนให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยให้ความหมายพฤติกรรมรุนแรงในแง่ของเป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือน เป็นอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ และเป็นสิ่งที่ทำเพื่อหยุดยั้งความรุนแรง ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ตรงกับพฤติกรรมรุนแรง และยังอยู่ในช่วงติดตาม 1 ปี รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน ไม่มีอาการทางจิต ไม่ได้เสพแอมเฟตามีนในระหว่างนี้ จึงสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีตามการรับรู้และประสบการณ์ตรง ซึ่งคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลจริง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย



มีสัญญาณเตือนก่อนพฤติกรรมรุนแรง เมื่อเกิดอารมณ์รุนแรงไม่สามารถหยุดได้ ทำสิ่งที่รุนแรงลงไป เพื่อปกป้องหรือหยุดเหตุการณ์บานปลายที่อาจจะรุนแรงมากขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักบางราย สะท้อนว่าความหมายบอกได้ยาก ไม่รู้จะใช้คำว่าอะไร จึงตอบตามความเข้าใจและใช้ภาษาไม่เป็นทางการ

## 2. การแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ ก้าวร้าวด้วยคำพูดและการทำร้ายร่างกาย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง ตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักทราบว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง คือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้วยคำพูด และพฤติกรรมการทำร้ายร่างกาย ซึ่งการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรง โดยส่วนใหญ่ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ประกอบด้วย พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986; อัครเดช กลิ่นพิบูลย์; 2561; มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554; กรมสุขภาพจิต, 2564) และรวมถึง พฤติกรรมรุนแรงทางเพศ (ปัญหา ทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2556) จะเห็นได้ว่าการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงตามที่นักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้มีหลายลักษณะ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนผู้ให้ข้อมูลหลัก สะท้อนการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วย คือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยคำพูด และการทำร้ายร่างกายเพียงสองลักษณะเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มนี้ทุกคนมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงทางคำพูดทั้ง 15 คน ทำร้ายคนอื่น 12 คน ซึ่งเป็นส่วนผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของการศึกษานี้

## 3. สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือติ่มสุรา

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายในตนเอง คือ การมีนิสัยใจร้อน (สุกัญญา สดศรี, 2560; Rund, 2018) การควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น ควบคุมความโกรธไม่ได้ (Jung, Song, Chung, 2000 อ้างถึงใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562; Mei-Chi Hsu & Chun-Hsien Tu, 2013) นอกจากนี้สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก คือ คำพูดกระตุ้น เช่น พฤติกรรมรุนแรงทางวาจา เช่น พุดจาหยาบคาย ด่าพ่อแม่ ประณามเยาะเย้ยและการใช้ถ้อยคำวิพากษ์วิจารณ์ (Mei-Chi Hsu & Chun-Hsien Tu, 2013) การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี โดยการมีบรรยากาศการสื่อสารในครอบครัว แบบขัดแย้งกันเอง (double-blind communication) จะทำให้เป็นความเกิดความรู้สึกสับสน รูปแบบการสื่อสารกำกวม ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่คงเส้นคงวา ไม่สามารถสร้างจุดลงตัวที่นำมาปรับสมดุลร่วมกัน มักเป็นการสื่อสารด้วยท่าทีที่ไม่สัมพันธ์กัน ใช้คำพูดก้าวร้าว คำหยาบคาย ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงเกินไป ใช้ถ้อยคำวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ตำหนิติเตียน (blame) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostile) จู้จู้จุกจิกมากเกินไป (over-involvement) (ทวีศักดิ์ กสิผลและคณะ, 2563) เป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นได้ และการเสพแอมเฟตามีนหรือติ่มสุรา ก็เป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง (Fazel et al., 2009; สุกัญญา สดศรี, 2560; หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2559; ศิริพรรณ ธนันชัย

และจินตนา ยูนิพันธ์; 2562; นุชณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย; 2563; เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2563; Rund, 2018)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนทุกรายที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีลักษณะนิสัยใจร้อน อารมณ์ร้อน ควบคุมไม่ได้ ระเบิดออกเลย จึงสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงของตนตามประสบการณ์ของตนเอง โดยอธิบายสาเหตุจากภายในตนเอง ได้แก่ การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุมาจากภายนอก ได้แก่ คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือดื่มสุรา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัวที่ต้องอยู่ด้วยกันทุกวัน สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อน เพื่อนบ้าน คนในชุมชน ตามลำดับ ประเด็นที่ได้มาจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักจึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมา

#### 4. การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง คือ รู้สึกผิดและเสียใจ ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ หัวใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง และเหมือนชีวิตล้มละลาย

ผลการศึกษาคั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยหลายประเด็น คือ รู้สึกผิดและเสียใจ (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554) ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ญาติ (ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงเจริญ, 2556) และบุคลากรในทีมสุขภาพ (Alspach, 1993 อ้างถึงใน มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554; เครือวัลย์ ศรียรัตน์, 2558) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท พบได้บ่อยและผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาจนถึงทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้ (Sanlamun & Kedsombun, 2014 อ้างถึงใน กริณี สังข์ประคอง, 2562) และหัวใจกับท่าทีของคนอื่นที่มีต่อตนเอง เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เช่นไปทำงาน ไปขายของตามปกติ หัวใจว่าคนอื่นจะมองอย่างไร จะมีใครมาซื้อของ หรือมาพูดคุยด้วย เกิดความวิตกกังวลว่าไม่มีใครกล้าเข้าใกล้ เป็นที่รังเกียจ ไม่สามารถอาศัยอยู่กับผู้อื่นได้ (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจ รู้สึกตนเองไม่น่าเชื่อถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ น่าอับอาย (ฐิรวัดน์ อัครสุต และจารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์, 2559) เกิดความบกพร่องทางสังคมและการปรับตัว (Urizar, et al., 2019) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังสะท้อนเพิ่มเติมว่า ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง เหมือนชีวิตล้มละลาย คือ การสูญเสียทุกอย่าง ไม่มีใคร ไม่มีอะไร ครอบครัวทิ้งไป จากข้อมูลที่สัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ไม่ดีกับตนเองอยู่เดิม ดังนั้นประเด็นข้างต้นที่กล่าวมาจึงเป็นการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงตามประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง

## 5. ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักรู้สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม

ผลการศึกษาคั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นความต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักรู้สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ในปัจจุบันมีแนวทางการลดความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก 2 แนวทาง คือ 1) การพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกโดยกำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อยุติการใช้ห้องแยกสังเกตอาการ การผูกมัด และวิธีการอื่น ๆ กับผู้ป่วยจิตเวช และ 2) แนวทางที่พัฒนาโดยสมาคมจิตเวชอเมริกันแห่งสหรัฐอเมริกาโดยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อลดระดับความกระวนกระวายของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีธัญญาได้มีการศึกษาทบทวนเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยก้าวร้าวในโรงพยาบาลศรีธัญญา (ศศินันท์ รักษาทรัพย์, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน และนิตยา สุริยะพันธ์, 2564) แนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554; เครือวัลย์ ศรียารัตน์, 2558; อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฎลดา น้าภา, อีราภา ธานี, และ สุภาพร จันทร์สาม, 2561) และมีคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันและโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในโซ่ ซึ่ง มีรูปแบบในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลทั้งระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อช่วยลดอัตราการบาดเจ็บ (กรมสุขภาพจิต, 2563) จะเห็นว่า มีแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงโดยเฉพาะในโรงพยาบาลทุกระดับ แต่สำหรับในชุมชน โรงพยาบาลชุมชนก็ดำเนินการตามแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงตามวิธีของโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่พบว่า ด้วยบริบทที่แตกต่างกันในชุมชน ตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยหลายปัจจัย ทำให้การทำความเข้าใจความต้องการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนมีความสำคัญมาก ควรให้ความตระหนักรู้และให้ความสำคัญ เพื่อบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนจะนำข้อมูลมาใช้ในการหาวิธีการ กลยุทธ์ ชุดความรู้ในการสังเกตสัญญาณเตือน ทักษะการสื่อสาร การฟัง การตอบสนองที่เหมาะสม ในการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง หรือป้องกันเมื่อคาดว่าจะเกิดเหตุการณ์รุนแรง และเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงแล้วจะสามารถตอบสนองความต้องการนั้น ได้แก่ ต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความตระหนักรู้สัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง ต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด และอยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม ทั้งนี้ การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน เกี่ยวข้องกับ อันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นต้น

การศึกษาของเครือวัลย์ ศรียารัตน์ (2558) มีกลวิธีที่ใช้การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชตามบทบาท เพื่อป้องกันก่อนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และขณะเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับผู้ป่วยจิตเวช มีวิธีการป้องกันจากการสังเกตสัญญาณเตือนของญาติผู้ดูแล มีการศึกษาที่พบว่า ภายหลังผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ญาติมีวิธีจัดการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระงับอารมณ์รุนแรงด้วยการให้น้ำเย็นสำหรับดื่ม อันเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นให้สงบลง (Wetid Pratoomsri, 2018) ซึ่งการจัดการตามประสบการณ์ของญาติบางส่วนมีความสอดคล้องกับผล

การศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงต้องการของตนเองที่ให้สมาชิกครอบครัวตระหนักมากขึ้นเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรงที่ตนเองได้พยายามส่งสัญญาณถึงบุคคลรอบข้างก่อนที่จะเกิดอาการ จึงต้องการให้คนอื่นรับฟังและหยุดพูด ให้รับฟังด้วยความเข้าใจ ไม่ต้องพูดหรือแนะนำ และยังต้องการการตอบสนองที่เหมาะสม เช่น แสดงความห่วงใย ใส่ใจ ถามไถ่เรื่องความเป็นอยู่ ความร้อน ความหิวหรือเรื่องทั่วไปก่อน ควรใช้คำถามทั่วไป ไม่ควรใช้คำถามที่เกี่ยวกับการบอกให้ไป ประทานยา การขาดยา และการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ มีความต้องการที่คาดหวังให้ได้รับการตอบสนองที่บุคคลรอบข้างต้องให้ความสนใจเข้าใจ ใช้การสื่อสาร ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ และเทคนิคส่วนบุคคลที่พร้อมจะแสดงพลังความช่วยเหลืออย่างมากเพื่อตอบสนองให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งแต่ละวิธีการจัดการมีความแตกต่างกันแต่มีวัตถุประสงค์เพื่อยุติหรือบรรเทาพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นตามลักษณะของสถานการณ์ว่าควรตอบสนองอย่างไรจึงเหมาะสม ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาที่ผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจมากที่สุด วิธีการเหล่านี้แสดงถึงความเข้าใจผู้ป่วยอาจจะช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรง และได้รับความช่วยเหลือ แต่รู้สึกว่าจะไม่ใช่สิ่งที่เขาต้องการ จึงเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ ง่ายต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนอย่างลึกซึ้งมากขึ้นตามการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ข้อค้นพบสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของพฤติกรรมรุนแรงจากสาเหตุภายในตนเองและจากภายนอก รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนกลุ่มนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

### ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาล บุคลากรสุขภาพ ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ ไปใช้ในการวางแผนการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงและเฝ้าระวังการกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน
2. พยาบาล บุคลากรสุขภาพ ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมลดสิ่งกระตุ้น หรือโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมรุนแรงซ้ำหรือชุดความรู้เรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรงให้กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน โดยศึกษาวิจัยในเพศหญิง กลุ่มโรคทางจิตเวชอื่น พื้นที่อื่น หรือในบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาการวิจัยและพัฒนา การพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนที่มาจากความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบท
3. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน โดยใช้การรับรู้ความรุนแรงในมุมมองของผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบท





## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2561). *แนวปฏิบัติการป้องกันและบริหารจัดการผู้ป่วยหลบหนีสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (ฉบับทดลองใช้ ปรับปรุงครั้งที่1)*. นนทบุรี : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2 กุมภาพันธ์ 2564). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
- กริณี สังข์ประคอง. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1-20.
- โรงพยาบาลห้วยเม็ก. (2563). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติโรงพยาบาลห้วยเม็ก ประจำปี 2563*. กภาพสินธุ์: โรงพยาบาลห้วยเม็ก.
- เครือวัลย์ ศรียารัตน์. (2558). บทบาทพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 8 ฉบับ 1*, 43 - 52.
- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557). กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช . *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2557*, 1 - 15.
- ชวนนท์ จันท์สุข และคณะ. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562*, 170 - 177.
- ชาย โปธิสิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ฐิรวัดณ์ อัครสุด และจารุรินทร์ ปิตานุพงศ์. (2559). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 37 - 45.



- ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ. (2562). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 13 ฉ.1 ม.ค.-มิ.ย. 63*, 102 - 115.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ. (2562). *จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry)*. สมุทรสาคร: บริษัท สยามทองกิจ จำกัด.
- นันทวัช สิริธีรักษ์ และคณะ. (2558). *จิตเวชศาสตร์ DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- นารินทร์ ทองยงค์ และคณะ. (2563). ปัจจัยทำนายการชกไม่สมบูรณ์ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยา ระบุความรู้สึกในผู้ป่วยจิตเวชโดยเทคนิคเหมืองข้อมูล. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี 2563 ปีที่ 14 ฉบับที่ 2*, 1 - 15.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2558). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย. (2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ปี 2563*, 10-22.
- ปฐวี ปริณานูภาพ และมูทิตา พนาสลิติย์. (2561). การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยหน่วยจิตเวช ณ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ : การศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียน. *ธรรมศาสตร์เวชสาร ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 ประจำ เดือน กรกฎาคม - กันยายน 2561*, 300-309.
- ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสวงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการ พฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2556*, 121 - 127.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท บทบาทและกระบวนการ*. เชียงใหม่: บริษัท ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย จำกัด.
- พยุงค์กดี ผางแก้ว และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับ ความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2562*, 53 - 69.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2563). การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก

ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ปี 2563, 39 - 54.

เพชร คันธสายบัว และคณะ. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เดือนกันยายน 2563 , 16 - 28.

มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2554). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารพยาบาลสภาภาษาไทย* ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 - 3 เดือนมกราคม - ธันวาคม 2554, 58 - 66.

ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Nursing)*. กรุงเทพฯ: บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.

รัศมน กัลยาศิริ. (2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2559). *แนวทางสำหรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

วรรณิ ศิรินทรานุกร นพรัตน์ ไชยขำนิ และเสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น. (2562). การพัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม, 68 - 85.

วรรษชา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2555, 51 - 62.

เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2554, 24-37.

ศิริพรรณ ธนนชัย และจินตนา ยูนิพันธ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารแพทยนิวรี่* ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562, 536-551.

- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, นิตยา สุริยะพันธ์ และศศินันท์ รักษาทรัพย์. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา. ปีที่ 36 ฉบับที่ 1, 159-168.
- สมจิตร มณีกานนท์ และคณะ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 59 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2557, 371 - 380.
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต. (2562). ICD-11 บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 โรคจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาทและโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). รายงานสรุป การป้องกันโรคจิตเวช มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). นนทบุรี: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- สุกัญญา สดศรี. (2560). ปัญหาการใช้ความรุนแรงของครอบครัวในสังคมไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. ปีที่ 6 ฉบับพิเศษ, 600 - 609.
- หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ. (2559). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อนความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 61 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2559, 253-266.
- อรรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัทวี.พรินทร์ (1991).
- อรรวรรณ ฮ่องต้อ. (2563). การประชุมวิชาการประจำปีเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล. ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับบริการ ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อความรุนแรง : การประเมินและการจัดการความเสี่ยง (หน้า 2). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรมแพทย์ทหารเรือ.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2561). รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล. ศรีสะเกษ: บริษัท สำนักพิมพ์พานทอง จำกัด.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ ชมพูนุท โมราชาติ และกชพงษ์ สารการ. (2560). กลยุทธ์การพัฒนาพยาบาล

วิชาชีพ ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 10. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2560, 29 - 40.

Bjorn Rishovd Rund. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1 - 11.

boye M. (2015). *Psychiatric Nursing Contemporary practice*. United States: Aptara INC.

Creswell and Miller. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry . *Theory into practice, Volume 39, Number 3, Summer 2000*, 124 - 130.

Yudofsky et al. (1986). The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry* , 35 - 39.

Varshney M. et al. (2015). Violence and mental illness. *Epidemiol Community Health*, 1-3.

Urizar et.al. (2019). Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1 - 5.

Fazel et.al. (2009). Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *American Medical Association. All rights reserved, 2016 - 2023* .

Lincoln Ys. and Guba EG. (1985). *Naturalistic inquiry*. United States: SAGE Publications Inc.

Judit M. Schultz and Sheila L. Videbeck. (2013). *Lippincott' Manual of Psychiatric Nursing Care Plans*. New York: S4Carlisle publishing services.

Mei-Chi Hsu and Chun-Hsien Tu. (2013). Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: A phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. *Journal of Advanced Nursing* , 336 - 349.

meyer. (1971). *Pathologist of the Mind*. united state: johns hopkins university press.

Patton. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. *Research in Nursing & Health*, 73-79.

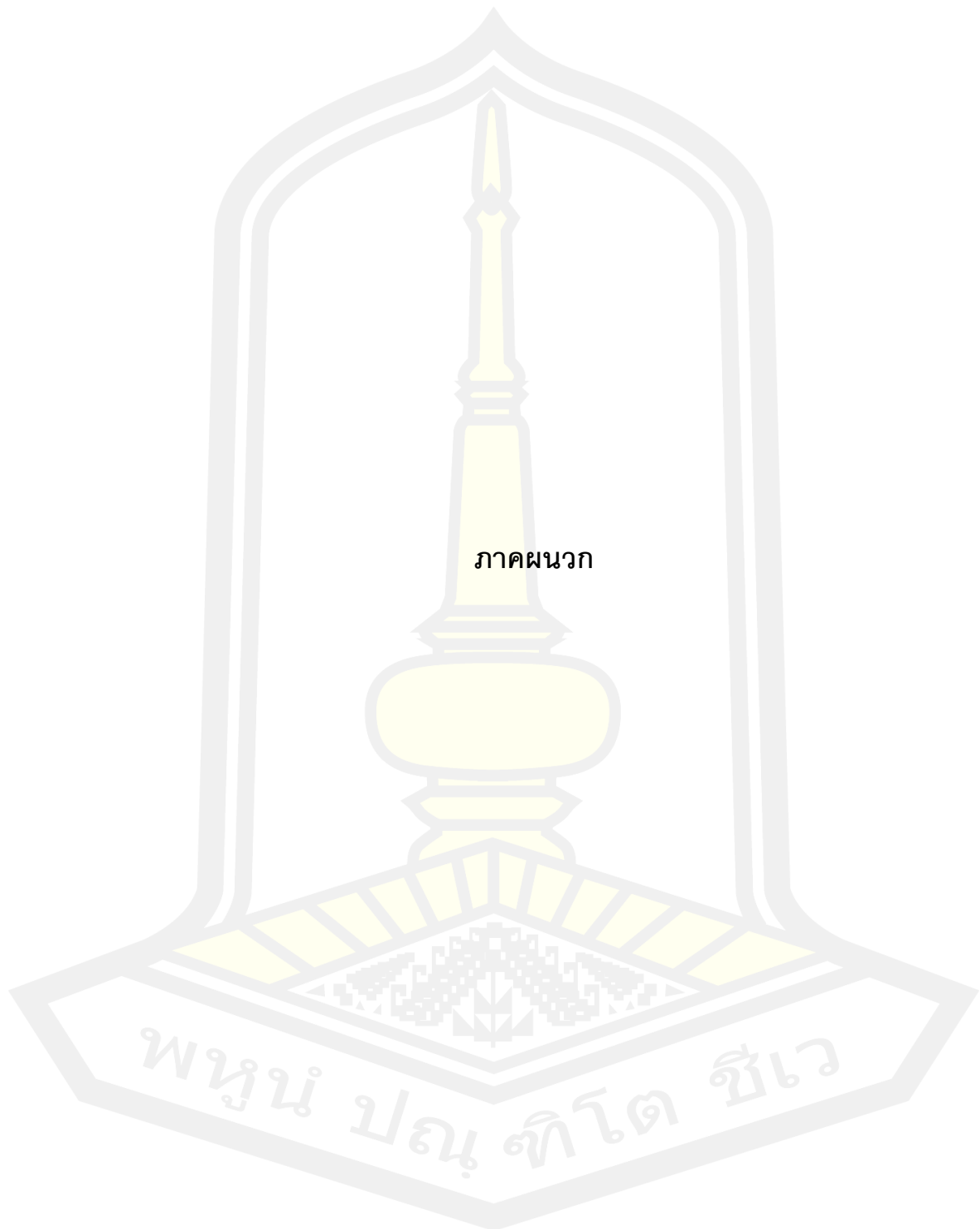
Wang, Petrini and Morisky. (2016). Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences (2017) 19*, 142–148, 142 - 148.

Maxine A. P., Stephen J. M. .and Michael W. R. (2021). *Current Medical Diagnosis & Treatment 2021*. United States : McGraw Hill.

Wetid Pratoomsri. (2019). Making it better Experiences of Thai caregivers in managing psychotic symptoms of persons with schizophrenia. *Journal of Health Research*, 238-248.

World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>





ภาคผนวก

พหุ ประจักษ์ ชัยเว



ID.....

## แบบสัมภาษณ์

## การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อการศึกษา “การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน” ผลการศึกษาจะได้ข้อมูลความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์ คำถามหลัก จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านโปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ( ) และเติมข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ท่านมีอายุ .....ปี (จำนวนเต็ม)
2. ระดับการศึกษา  
( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
3. ท่านนับถือศาสนา  
( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านประกอบอาชีพ  
( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ค้าขาย/ธุรกิจ ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกรรม ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
5. ความเพียงพอของรายได้ ( ) พอใช้ ( ) ไม่พอใช้
6. สถานภาพสมรสของท่าน ( ) สมรส/อยู่ด้วยกัน ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง  
( ) แยกกันอยู่
7. ลักษณะการใช้ชีวิตคู่ของท่าน ( ) อยู่ด้วยกันทุกวัน ( ) ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ( ) นาน ๆ เจอกัน
8. ความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว ( ) ดี ( ) ไม่ดี
9. ความสัมพันธ์ของท่านกับคนอื่น เช่นเพื่อน เพื่อนบ้าน คนในชุมชน โดยรวม ( ) ดี ( ) ไม่ดี
10. ความรู้สึกต่อตนเอง ( ) ดี ( ) ไม่ดี อธิบาย.....
11. ท่านคิดว่า ท่านเป็นคนที่ มีลักษณะ หรือนิสัย อธิบาย.....
12. ท่านเคยมีพฤติกรรมรุนแรงก่อนป่วย ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....
13. ท่านมีอาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

14. ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของท่าน ( ) ทางคำพูด ( ) ทำร้ายตนเอง ( ) ทำร้ายคนอื่น ( ) ทำลายสิ่งของ
15. ท่านเคยมีประสบการณ์ความรุนแรง (กับตนเอง/คนอื่น/ครอบครัว) ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....
16. พฤติกรรมรุนแรงของท่านได้รับอิทธิพลจาก ( ) ไม่มี ( ) ตนเอง ( ) จากเพื่อน ( ) จากการเลียนแบบสื่อ ( ) จากบุคคล (ในครอบครัว/สังคม) ( ) อื่น ๆ ระบุ .....

## ส่วนที่ 2 การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านตอบคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (guided question) มีคำถามหลัก จำนวน 6 ข้อ

### แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จำนวน 6 ข้อ

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านตอบตามความเข้าใจของท่าน

1. ท่านรับรู้หรือเข้าใจความหมายของพฤติกรรมรุนแรงว่าอย่างไร/ พฤติกรรมรุนแรงหมายความว่าอย่างไร
2. ขอให้ท่านบอกเล่าประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร อย่างละเอียด/ ท่านมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมรุนแรงบ้าง
4. พฤติกรรมรุนแรงนั้นมีผลกระทบต่อตัวท่านเอง หรือผู้อื่นอย่างไร
5. จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านมีความต้องการการดูแล/ความต้องการ การแก้ไข/การป้องกันพฤติกรรมรุนแรงอย่างไร
6. ท่านมีความรู้สึกต่อพฤติกรรมรุนแรงนั้นอย่างไร

