

ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีที่เข้ามารับการรักษา ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

จอมขวัญ นามสูตร*

ชัยชนะ นิ่มนวล**

Namsoot J, Nimnuan C. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. Chula Med J 2016 Nov – Dec; 60(6): 641 - 53

- Background** : *There have been several studies in depression and violent behaviors of schizophrenia patients. Nevertheless, in Thailand, there was few research about forensic schizophrenic patients including those related between depression and violent behaviors.*
- Objective** : *To explore prevalence, relationship, and related factors of depression and violent behavior and to compare the prevalence of depression and violent behavior between schizophrenic patients with and without criminal charge at Galya Rajanagarindra Institute.*
- Design** : *Cross-sectional descriptive study.*
- Setting** : *Galya Rajanagarindra Institute.*
- Materials and Methods** : *Data were collected from 140 schizophrenia patients. The questionnaire included: 1) copying data from patient records; 2) general background; 3) Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS); 4) The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS); 5) Overt Aggression Scale (OAS). The data were analyzed by Descriptive Statistic, Chi – square test and logistic regression analysis.*

* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- Results** : *Forty six percent of schizophrenic patients had depression (46.4%) and 32.9% violent behavior. The strength of relationship between depression and violent behavior was low with Phi value at 0.11. Forensic schizophrenic patients had higher likelihood of having depression and also violent behavior than those without (OR = 1.9, $X^2 = 2.76$, P-value = 0.097 for depression and OR = 1.3, $X^2 = 0.55$, p-value = 0.459 for violent behavior, respectively). Medication side effects (OR = 3.45, P-value = 0.002), Family's relationship (OR = 1.68, P-value = 0.027), and Social Support (OR = 0.51, P-value = 0.007) could predict depression. On the contrary, the associated factors with violent behavior were history of taking (OR = 0.90, P-value < 0.001) and history of suicide (OR = 0.72, P-value = 0.014).*
- Conclusion** : *The prevalence's depression and violent behavior in schizophrenic patients were 46.4% and 32.9% respectively. The associated factors with depression were medication side effects, family's relationship, and social support whereas, the associated factors with violent behavior were alcohol and suicide. Although having criminal charge increased the likelihood of depression and violent behavior, the magnitude was not statistically significant.*
- Keywords** : *Schizophrenia, forensic psychiatric patients, depression, violent behavior.*

Correspondence to : Nimnuan C. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. April 7, 2016.

จอมขวัญ นามสูตร, ชัยชนะ นิ่มนวล. ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ทั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559 พ.ย. – ธ.ค.; 60(6): 641 – 53

- เหตุผลของการทำวิจัย** : ที่ผ่านมามีการศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีในประเทศไทย อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาที่เชื่อมโยงกันระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาหาความชุก ความสัมพันธ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง และศึกษาความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี ที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์
- รูปแบบการวิจัย** : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลานึง
- สถานที่ทำการศึกษา** : สถาบันกัลยาณราชนครินทร์
- ตัวอย่างและวิธีการศึกษา** : เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ จำนวน 140 คน โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง สถิติที่ใช้ ได้แก่ Descriptive Statistic, Chi – Square Test และ Logistic Regression Analysis
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า (46.4%) และมีพฤติกรรมรุนแรง (32.9%) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ มีค่า Phi เท่ากับ 0.11 และมีสัดส่วนของการมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีความสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เป็น 1.9 (OR = 1.9, $X^2 = 2.76$, P-value = 0.097) และ 1.3 เท่า (OR = 1.3, $X^2 = 0.55$, P-value = 0.459) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการมีอาการข้างเคียงของยา (OR = 3.45, P-value = 0.002) สัมพันธภาพในครอบครัว (OR = 1.68, P-value = 0.027) และการสนับสนุนทางสังคม (OR = 0.51, P-value = 0.007) สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และปัจจัยที่ทำนายการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุรา (OR = 0.90, P-value < 0.001) และประวัติการฆ่าตัวตาย (OR = 0.72, P-value = 0.014)

- สรุป** : ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซีมีเศร้า ร้อยละ 46.4 และมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 32.9 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้า ได้แก่ อาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุรา และประวัติการฆ่าตัวตาย สำหรับการมีคดีถึงแม้เพิ่มโอกาสการมีภาวะซีมีเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
- คำสำคัญ** : โรคจิตเภท, ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมรุนแรง.

โรคจิตเภท (Schizophrenia)⁽¹⁾ เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง และมีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับต่ำ⁽²⁾ ซึ่งการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลับมาป่วยซ้ำ และตามมาด้วยการกักขังอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อยู่เสมอจนบางรายมีการกระทำผิดที่เกิดเป็นคดีความขึ้นมา ทั้งที่เป็นคดีเล็กน้อยจนถึงคดีที่รุนแรงโดยสถาบันกัลยาณราชนครินทร์มีผู้ที่เข้ามารับการบริการทางด้านนิติจิตเวชเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี โดยปีงบประมาณ 2557 มีจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด 1,404 ราย ผู้ป่วยนอกในเรือนจำทั้งหมด 198 ราย และผู้ป่วยในทั้งหมด 92 ราย⁽³⁾ โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย คนรอบข้าง และทรัพย์สิน จึงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่สังคมควรให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งจากการศึกษาของ Fazel S. และคณะ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาโรคจิตเภทและพฤติกรรมรุนแรง พบว่าความเสี่ยงของการเกิดการฆาตกรรมในบุคคลที่มีอาการทางจิตเป็น 0.3% เมื่อเทียบกับ 0.02% ในประชากรทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงนี้ได้รวมไปถึงการกระทำรุนแรงต่อตนเองด้วย เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น โดยกรมสุขภาพจิตได้ชี้ให้เห็นว่าการจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปี ค.ศ. 2020 อาการซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก ซึ่งอาการซึมเศร้าไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับคนที่ปกติเท่านั้น แต่ยังสามารถเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชได้เช่นกัน^(5, 6) จากการศึกษาของสุนันทา ศรีสาคร พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.0⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington D. และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าภาวะ

ซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายอีกด้วย

ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเชื่อมโยงกันระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มียานวิจัยใดที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงควบคู่กัน อีกทั้งการวิจัยในประเทศไทยมีการศึกษาในส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีร่วมด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD - 10 หรือ DSM - 5 ที่เข้ามารับบริการในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างสมัครใจ จำนวน 140 คน ผ่านการสุ่มเลือกภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นว่าผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายมาพบแพทย์ โดยตามปกติอย่างอิสระ (Randomness) ไม่ได้มาด้วยปัจจัยใดอย่างเป็นระบบจนมีความเอนเอียง (Systematic bias) และทำการเก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้วัด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (ผู้วิจัยคัดลอกด้วยตัวเอง) ได้แก่ เพศ อายุ คดีความทางกฎหมาย และการรักษาในปัจจุบัน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการข้างเคียงของยา การดื่ม

สุรา การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตาย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (Revised - Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support : r - T - MSPSS) ของ Zimet GD. และคณะ ปรับปรุง (revised Thai MSPSS) โดยณททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ⁽⁹⁾ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบเองเกี่ยวกับความรู้สึกได้รับการประคับประคองจิตใจทางสังคม จำนวน 12 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 สำหรับการศึกษาคั้งนี้ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88 มีพิสัยอยู่ในช่วง 12 - 84 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ชุดที่ 4 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington D. และคณะ แปลโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.869 สำหรับการศึกษาคั้งนี้ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.77 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง โดยให้คะแนน 0 - 3 ตามลำดับ และมีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 27 คะแนน การแปลผลคะแนนหากได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

ชุดที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ของ Yudofsky และคณะ แปลโดย กชพงศ์ สารการ และต่อมา กัญญาวรรณ ระเบียบ⁽¹¹⁾ นำมาพัฒนามีความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับการศึกษาคั้งนี้ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 ประกอบไปด้วยพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้าน คือ 1) ด้านคำพูด 2) ต่อวัตถุสิ่งของ 3) ต่อตนเอง และ 4) ต่อผู้อื่น รวม 16 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบว่า มี หรือ ไม่มี โดยถามผู้ดูแลหลักหรือพยาบาลในกรณีผู้ป่วยใน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีพฤติกรรมรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Chi - Square Test และใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงพร้อมกันหลายตัว โดยวิธี Backward Elimination

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 140 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป 100 คน (71.4%) และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี 40 คน (28.4%) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี จะมีคดีเกี่ยวกับการทำร้ายร่างกายผู้อื่นมากที่สุด ทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (61.0% และ 85.0%) มีอายุอยู่ในช่วงต่ำกว่า 40 ปี (54.0% และ 60.0%) เคยดื่มสุรา แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน (44.0% และ 50.0%) และไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (81.0% และ 67.5%) มีอาการข้างเคียงของยา (66.0% และ 57.5%) และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (43.0% และ 37.5%) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปไม่เคยใช้สารเสพติด (57.0%) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอย่างราบรื่น (57.0%) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีที่เคยใช้สารเสพติด แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน (47.5%) และมีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอย่างราบรื่นกับทะเลาะกันรุนแรงและต่างคนต่างอยู่เท่ากัน (40.0%) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.6 ที่เหลือมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 67.1 ที่เหลือมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 32.9 และข้อมูลของภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรงมีการกระจายของข้อมูลที่เบ้ขวา

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n = 140)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ไม่มีคดีความ (n = 100)		มีคดีความ (n = 40)	
	n	%	n	%
เพศ				
ชาย	61	61.0	34	85.0
หญิง	39	39.0	6	15.0
อายุ (ปี) (Mean = 40.29 , S.D. = 11.08)				
ต่ำกว่า 40 ปี	54	54.0	24	60.0
ตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป	46	46.0	16	40.0
การดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่มสุรา	38	38.0	10	25.0
เคยดื่มสุรา แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน	44	44.0	20	50.0
เคยดื่มสุรา และยังดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	18	18.0	10	25.0
การใช้สารเสพติด				
ไม่เคยใช้สารเสพติด	57	57.0	13	32.5
เคยใช้สารเสพติด แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน	27	27.0	19	47.5
เคยใช้สารเสพติด และยังใช้อยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	16	16.0	8	20.0
การฆ่าตัวตาย				
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	81	81.0	27	67.5
เคยฆ่าตัวตาย 1 - 2 ครั้ง	9	9.0	11	27.5
เคยฆ่าตัวตายตั้งแต่ 3 ครั้ง ขึ้นไป	10	10.0	2	5.0
การรักษาในปัจจุบัน				
Antipsychotic drugs	84	84.0	29	72.5
Antipsychotic drugs + ยาแก้มึนเศร้า	16	16.0	11	27.5
อาการข้างเคียงของยา				
ไม่มีอาการข้างเคียงของยา	34	34.0	17	42.5
มีอาการข้างเคียงของยา	66	66.0	23	57.5
สัมพันธภาพในครอบครัว				
อยู่กันอย่างราบรื่น	57	57.0	16	40.0
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	29	29.0	8	20.0
ทะเลาะกันรุนแรง และต่างคนต่างอยู่	14	14.0	16	40.0
การสนับสนุนทางสังคม				
ต่ำ (12 – 36 คะแนน)	21	21.0	12	30.0
ปานกลาง (37 – 60 คะแนน)	43	43.0	15	37.5
สูง (61 – 84 คะแนน)	36	36.0	13	32.5

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง มีสัดส่วนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซีมเศร้า (38.5%) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า (28.0%) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Phi ซึ่งบ่งบอกระดับความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง เท่ากับ 0.11 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 1.73$, $P\text{-value} = 0.189$)

ความแตกต่างของภาวะซีมเศร้ากับการมีคดีความทางกฎหมาย มีสัดส่วนของการมีภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี (57.5%) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคดีความ (42.0%) หรือมีแต่ติดต่อของการมีภาวะซีมเศร้าเป็น 1.9 เท่า ($OR = 1.9$, $X^2 = 2.76$, $P\text{-value} = 0.097$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับความแตกต่างของพฤติกรรมรุนแรงกับการมีคดี มีสัดส่วนการมีพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดี (37.5%) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคดีความ (31.0%) หรือมีแต่ติดต่อของการมีพฤติกรรมรุนแรงเป็น 1.3 เท่า ($OR = 1.3$, $X^2 = 0.55$, $P\text{-value} =$

0.459) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการข้างเคียงของยา มีภาวะซีมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา เช่นเดียวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำลง ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศชายสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศหญิง รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังคงดื่มหรือใช้สารอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยดื่มหรือใช้สาร แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่มากขึ้นตามลำดับ อีกทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีจำนวนครั้งในการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท กับภาวะซีมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง (n = 140)

ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ภาวะซีมเศร้า		P-value	พฤติกรรมรุนแรง		P-value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)		ไม่มี n (%)	มี n (%)	
เพศ			0.445			0.009
ชาย	53 (55.8%)	42 (44.2%)		57 (60.0%)	38 (40.0%)	
หญิง	22 (48.9%)	23 (51.1%)		37 (82.2%)	8 (17.8%)	
อายุ (ปี)			0.679			0.619
ต่ำกว่า 40 ปี	43 (55.1%)	35 (44.9%)		51 (65.4%)	27 (34.6%)	
ตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป	32 (51.6%)	30 (48.4%)		43 (69.4%)	19 (30.6%)	
การดื่มสุรา			0.217			0.001
ไม่เคยดื่มสุรา	28 (58.3%)	20 (41.7%)		39 (81.3%)	9 (18.8%)	
เคย แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน	35 (54.7%)	29 (45.3%)		43 (67.2%)	21 (32.8%)	
เคย และยังคงดื่มอยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	12 (42.9%)	16 (57.1%)		12 (42.9%)	16 (57.1%)	
การใช้สารเสพติด			0.596			<0.001
ไม่เคยใช้สารเสพติด	40 (57.1%)	30 (42.9%)		55 (78.6%)	15 (21.4%)	
เคย แต่หยุดมาแล้วนานกว่า 1 เดือน	22 (47.8%)	24 (52.2%)		30 (65.2%)	16 (34.8%)	
เคย และยังคงใช้อยู่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	13 (54.2%)	11 (45.8%)		9 (37.5%)	15 (62.5%)	

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท กับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง (n = 140) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ภาวะซึมเศร้า			พฤติกรรมรุนแรง		
	ไม่มี n (%)	มี n (%)	P-value	ไม่มี n (%)	มี n (%)	P-value
การฆ่าตัวตาย			0.074			0.014
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	61 (56.5%)	47 (43.5%)		78 (72.2%)	30 (27.8%)	
เคย 1 - 2 ครั้ง	11 (55.0%)	9 (45.0%)		11 (55.0%)	9 (45.0%)	
เคยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	3 (25.0%)	9 (75.0%)		5 (41.7%)	7 (58.3%)	
การรักษาในปัจจุบัน			0.529			0.953
Antipsychotic drugs	62 (54.9%)	51 (45.1%)		76 (67.3%)	37 (32.7%)	
Antipsychotic drugs + ยาแก้ซึมเศร้า	13 (48.1%)	14 (51.9%)		18 (66.7%)	9 (33.3%)	
อาการข้างเคียงของยา			0.001			0.928
ไม่มีอาการข้างเคียงของยา	37 (72.5%)	14 (27.5%)		34 (66.7%)	17 (33.3%)	
มีอาการข้างเคียงของยา	38 (42.7%)	51 (57.3%)		60 (67.4%)	29 (32.6%)	
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว			0.006			0.007
อยู่กันอย่างราบรื่น	47 (64.4%)	26 (35.6%)		56 (76.7%)	17 (23.3%)	
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	17 (45.9%)	20 (54.1%)		23 (62.2%)	14 (37.8%)	
ทะเลาะกันรุนแรงและต่างคนต่างอยู่	11 (36.7%)	19 (63.3%)		15 (50.0%)	15 (50.0%)	
การสนับสนุนทางสังคม			0.006			0.680
ต่ำ	13 (39.4%)	20 (60.6%)		26 (78.8%)	7 (21.2%)	
ปานกลาง	28 (48.3%)	30 (51.7%)		33 (56.9%)	25 (43.1%)	
สูง	34 (69.4%)	15 (30.6%)		35 (71.4%)	14 (28.6%)	

* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square for Trend

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีอาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุรา และการฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.4 ใกล้เคียงกับ Moussaoui D. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในโรคจิตเภทร้อยละ 44.3 และปริยพันธ์ สละสวัสดิ์⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง มีความชุกของภาวะซึมเศวร้อยละ 36.0 สำหรับ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 32.9 ใกล้เคียงกับ Singh JP. และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 40.1 และเวนิช บุราชรินทร์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 24.6

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Swanson JW. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงร่วมด้วยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ด้วยการศึกษาของ Ohayon MM. และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

ตารางที่ 3. การวิเคราะห์หัตถดถอยโลจิสติกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรง Model สุดท้าย (n = 140)

	ตัวแปร	B	S.E	OR	95% C.I.		P-value
					Lower	Upper	
ภาวะซึมเศร้า	อาการข้างเคียงของยา	1.24	0.40	3.45	1.57	7.60	0.002
	สัมพันธภาพในครอบครัว	0.52	0.24	1.68	1.06	2.67	0.027
	การสนับสนุนทางสังคม	-0.68	0.25	0.51	0.31	0.83	0.007
	Chi-square = 25.14 df = 3 P-value < 0.001 Nagelkerke R Square = 0.22						
พฤติกรรมรุนแรง	การดื่มสุรา	0.90	0.26	2.47	1.49	4.09	<0.001
	การฆ่าตัวตาย	0.72	0.30	2.06	1.16	3.69	0.014
	Chi-square = 19.06 df = 2 P-value < 0.001 Nagelkerke R Square = 0.18						

ภาวะซึมเศร้ากับอัตราการเกิดของภาพหลอนและความหลงผิด ซึ่งเป็นไปได้ว่าในประชากรทั่วไปหากมีภาวะซึมเศร้าก็สามารถที่จะเกิดการหลงผิดหรือเกิดภาพหลอนขึ้นได้ ดังนั้นในกรณีที่เป็นบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางบวกเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะเกิดการหลงผิดและเกิดภาพหลอนได้เช่นกัน โดยผู้ป่วยที่เกิดภาพหลอนหรือมีความหลงผิดมักจะมีอาการกระทำรุนแรงตามมา เช่น หลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย จึงทำพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตัว หรือได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น⁽¹⁸⁾

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคดีด้วยผู้ป่วยที่มีคดีส่วนใหญ่ถูกคุมขังอยู่ในสถานพยาบาลหรือเรือนจำ จึงมีความรู้สึกเหมือนกับถูกกักขัง ไม่มีความเป็นอิสระ แออัด และรู้สึกเป็นกังวลหรือทุกข์ใจกับการสูดคดีคล้ายกับ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าผู้ต้องขังที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดีมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เช่นเดียวกับการมีพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคดี แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ Tengstrom A. และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าประวัติความผิดทางอาญาของผู้กระทำผิดในโรงพยาบาลทั่วไป และทางนิติจิตเวชมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยจิตเภททุกกลุ่ม ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีความรุนแรงเท่านั้น

สำหรับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า อาการข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ Baynes D. และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าอาการกระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยยามีฤทธิ์ทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานไม่เป็นปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียความมั่นใจ และหากผู้ป่วยไม่มีการสนับสนุนสังคมที่ดี หรือถูกละเลย ทอดทิ้ง ขัดแย้งกัน หรือถูกใช้ความรุนแรงจากครอบครัว จะยิ่งทำให้เกิดความบอบช้ำทางจิตใจอย่างรุนแรง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปรียานนท์ สละสวัสดิ์⁽¹³⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น รวมถึง Baynes D. และคณะ⁽²¹⁾ และ Subotnik KL. และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นไปได้ว่ามุมมองของสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยมองต่อตนเองและสังคมในด้านลบ คิดว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า อับอาย และมองว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการหรือเป็นที่รังเกียจของสังคม ดังนั้นครอบครัวและสังคมควรให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้า สำหรับอายุไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ วราพงษ์ กำไร⁽²³⁾ เป็นไปได้ว่าทุกช่วงวัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเท่า ๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยต้องเผชิญหน้ากับโรคเรื้อรังและต้อง

ได้รับการรักษาที่ยาวนานในอนาคต หรือผู้ป่วยที่มีอายุมากที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นตามวัย ส่วนการฆ่าตัวตายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรียนันท์ สละสวัสดิ์⁽¹³⁾ อาจเป็นไปได้ว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจิตเภทจะฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยทุกรายและทุกระยะของโรค ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับสุดสบาย จุลกัทัพพะ และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่านอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว อาการทางจิตทั้งความคิดหลงผิดและหูแว่วก็เป็นปัจจัยที่บ่งบอกอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น และการใช้สารเสพติด (รวมทั้งการดื่มสุรา) ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าบุคคลใช้การดื่มสุราและเสพสารเสพติด เพื่อหาความสุข คลายทุกข์ และหาทางกลับเข้าสู่สังคม เช่นเดียวกับการศึกษาในประชากรทั่วไปของดรุณี คุณวัณณา⁽²⁵⁾ ที่พบว่าเหตุผลของการดื่มสุรา คือ เพื่อฉลอง เข้าสู่สังคม และคลายทุกข์

สำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมรุนแรง เพศและการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทของเวนิช บุราชรินทร์⁽¹⁵⁾ ซึ่งเพศชายและผู้ที่มีการเสพสารเสพติดส่วนใหญ่มักจะมีการดื่มสุราไปด้วย ซึ่งการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Rasanen P. และคณะ⁽²⁶⁾ รวมถึง Walsh E. และคณะ⁽²⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็น 3.5 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นไปได้ว่าแอลกอฮอล์มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองและสารสื่อประสาท เป็นที่มาของความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรม และมีอาการทางจิตที่แย่งหลังใช้สุรา^(28, 29) ดังนั้นครอบครัวควรมีการสังเกตพฤติกรรมและควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามที่แพทย์แนะนำ สำหรับการฆ่าตัวตายถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีประวัติเคยเกิดพฤติกรรมรุนแรง ในอนาคตย่อมมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ เช่นเดียวกับ

เวนิช บุราชรินทร์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของ the National Survey on Drug Use and Health⁽³⁰⁾ พบว่าหากผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ถือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายสูงและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายสูง ดังนั้นควรมีการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ที่เคยฆ่าตัวตายมากขึ้น สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Swanson JW. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่รู้สึกว่าการครอบครัวยังมีการรับฟังมากที่สุดมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ความรู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่รับฟัง

ข้อจำกัด

การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยขณะที่มีอาการของโรคทางจิตที่รุนแรงนั้นทำไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถให้การยินยอมได้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกรอค (Exclusion Criteria) ดังนั้นผลที่ได้จึงอาจการประมาณค่าต่ำกว่าความเป็นจริง

สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.4 และมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 32.9 ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดียังมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เป็น 1.9 และ 1.3 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีอาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุรา และการฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษานในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ทุกท่านที่สมัครใจให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่ที่สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท (Schizophrenia) [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/schizophrenia_article/
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ: บางกอกบลอก, 2556
3. สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. สถิติการให้บริการนิติจิตเวช ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 - 2557. กรุงเทพฯ: งานเวชระเบียน และสถิติ, 2557
4. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med 2009 Aug; 6(8): e1000120
5. สุภาวดี เกษไชย, ยาใจ สิทธิมงคล, นพพร วงษ์สิริมาศ, สุภาภักดิ์ เกตุราสุวรรณ. ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. วารสารสภาการพยาบาล 2555 ต.ค.- ธ.ค.; 30(4): 90 - 124
6. อภิสมัย ศรีรังสรรค์. Live Stories นก ชลิดา [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaifamilylink.net/web/node/8/>
7. สุนันทา ศรีสาคร, บรรณวิภากร. บทคัดย่อผลงานวิชาการในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2551. "ตั้งดวงแก้ว ส่องฟ้าสาธารณสุข". 28 - 30 พ.ค. 2551; โรงแรมปรินซ์พาเลซ (มหานาค): กรุงเทพฯ; 2551
8. ภิญญินภัส พันธุ์ดนตรี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง [ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554
9. ทินกร วงศ์ปการันย์, ณหทัย วงศ์ปการันย์, ศิริจิต สุทธิจิตต์, พุฒิพงษ์ พุกกะมาน, รัชช รัชชระภูณ, เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ, และคณะ. โครงการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 17 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://medresnet.damus.in.th/damus/files/83_20120904104847_Thaisad_Report_May8%202011_SK-Edit.pdf
10. Suttajit S, Srisurapanont M, Pilakanta S, Charnsil C, Suttajit S. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9:113 - 8
11. กัญญาวรรณ ระเบียบ. ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท [ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555
12. Moussaoui D, el Kadiri M, Agoub M, Tazi I, Kadri N. Depression, suicidal ideation and schizophrenia. Encephale 1999 Nov; 25 Spec No 3: 9 - 11 [in French]
13. ปรียนันท์ สละสวัสดิ์. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546
14. Singh JP, Volavka J, Czobor P, Van Dorn RA. A

- meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia. PLoS One 2012;7(8): e43423
15. เวนิช บุราชรินทร์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554
 16. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2006 May; 63(5):490-9
 17. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. Am J Psychiatry 2002 Nov;159(11):1855-61
 18. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Textbook of Schizophrenia. Washington DC: The American Psychiatric Publishing, 2006
 19. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550;15(2):79-92
 20. Tengström A, Hodgins S. Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different? Acta Psychiatr Scand Suppl 2002; (412): 62-6
 21. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, King DJ. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. Schizophr Res 2000 Sep 29; 45(1 - 2): 47-56
 22. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Asarnow RF, Fogelson DL, Goldstein MJ, Talovic SA. Depressive symptoms in the early course of schizophrenia: relationship to familial psychiatric illness. Am J Psychiatry 1997 Nov; 154(11):1551-6
 23. วราพงษ์ กำไร. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ [ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552
 24. สุดสบาย จุลกัทัพพะ, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, จริญญา จันตระ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542 เม.ย. - มิ.ย.;44(2):99-109
 25. ดร.คุณิ คุณวัฒนา. พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรี ในเขตอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมาปี 2554. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม 2554;7(2): 42-57
 26. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow up study of an unselected birth cohort. Schizophr Bull 1998;24(3):437-41
 27. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T; UK700 Group. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. Schizophr Res 2004 Apr 1; 67(2 - 3):247-52
 28. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. Am J Psychiatry 2007 Mar; 164(3):402-8
 29. เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา. ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556; 27(1):1-15
 30. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2559