



# การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของ พฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มี อาการรุนแรง

## Development of Violence Severity Scale in Serious Mental Illness

หวาน ศรีเรื่อนทอง\*, ธรณินทร์ กองสุข\*, สุพัตรา สุขาวหา\*, ทรงพล โลดทอนงค์\*,  
จันทนา ลี้จงเพิ่มพูน\*

Wan Srireunthong\*, Thoranin Kongsuk\*, Supattra Sukhawaha\*,  
Songpon Lodthanong\*, Jintana Leejongpermpool\*

\* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 212 ถนนแจ้งสนิท อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

\* Prasimahabodi Psychiatric Hospital 212 Jang Sa-Nit road Meaung Ubonratchathani 34000

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาและศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ชื่อ Prasri violence severity scale (PVSS)

**วิธีการศึกษา** แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 สร้างข้อคำถามเพื่อศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจภาษา ระยะที่ 2 ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงร่วมสมัยกับเครื่องมือมาตรฐาน clinical global impression scale (CGI) ที่ประเมินโดยจิตแพทย์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูง 118 คน วิเคราะห์ข้อมูลความตรงเชิงโครงสร้างด้วย exploratory factor analysis เปรียบเทียบความตรงร่วมสมัยกับ CGI ด้วย Spearman correlation coefficient และความสอดคล้องภายในข้อคำถามด้วย Cronbach's alpha coefficient

**ผลการศึกษา** PVSS เป็นมาตรวัดแบบให้คะแนนประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ องค์ประกอบคือ ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงต่อตนเอง อธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ 79.63% มีความตรงร่วมสมัยกับ CGI ที่ประเมินโดยจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ( $r_s = 0.75$ ) มีความสอดคล้องภายในในระดับดีมากด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.89

**สรุป** แบบประเมินมีคุณสมบัติการวัดในด้านความตรง สามารถนำไปใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงต่อไป

**คำสำคัญ** พฤติกรรมก่อความรุนแรง ความตรง ความเที่ยง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง แบบประเมิน

Corresponding author: สุพัตรา สุขาวหา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(3): 253-266

## ABSTRACT

**Objective :** To develop a violence severity scale in serious mental illness namely “Prasri Violence Severity Scale (PVSS)” and assess its properties.

**Material and Methods :** Scale development was conducted with 2 steps. First, qualitative approach and review literature for initial pool of items, designing, content validity and cognitive testing was performed. Second, psychometric properties testing for concurrent validity and internal consistency were evaluated. There were 2 groups of sample. Step 1 involved 50 participants consisting of 20 patients with psychosis, 10 of their caregivers, and 20 psychiatric nurses. Step 2 involved 118 patients with serious mental illness as violence. Descriptive statistic was used. Concurrent validity with clinical global impression scale (CGI) by using exploratory factor analysis, Spearman correlation coefficient, cronbach’s alpha coefficient

**Results :** The PVSS rating scale consists of nine items and two domains as the following ; 1) domestic violence 2) suicide and factors relating to violence. The total explained variance was 79.63%. Spearman correlation coefficient showed convergent validity with CGI  $r_s = 0.75, p < .001$ . Internal consistency of scale with Cronbach’s alpha coefficient= 0.89.

**Conclusion :** The nine items PVSS scale had a high internal consistency and good concurrent validity. It can be used as a tool for assessment of violent severity.

**Keywords :** violence, validity, reliability, patients with serious mental illness, scale

---

Corresponding author: Supattra Sukhawaha

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(3): 253-266

## บทนำ

ในแต่ละปีมีประชากรโลกมากกว่าครึ่งล้านคนที่ตายเนื่องจากการใช้ความรุนแรง (viloence)<sup>1</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ของประชากรโลกอายุ 15-44 ปี<sup>2</sup> และเป็นสาเหตุของการสูญเสียก่อนวัยอันควร (disability-adjusted life years) ลำดับที่ 20 ของประชากรโลก<sup>3</sup> เช่นเดียวกับในประเทศไทย การศึกษา The global burden of disease study 2010 (GBD 2010) ของไทยพบว่า การทำร้ายตนเอง และความรุนแรงระหว่างบุคคล เป็นสาเหตุลำดับที่ 6 และลำดับที่ 10 ของการสูญเสียก่อนวัยอันควร (YLD) ของคนไทยตามลำดับ<sup>4</sup> นอกจากนี้การศึกษสาเหตุการตายของประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2005 พบว่า การฆ่าตัวตายและการถูกผู้อื่นฆ่า เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 4 ละ 5 ตามลำดับของผู้ชายไทยวัย 15-49 ปี<sup>5</sup> โดยสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการก่อความรุนแรงคือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (serious mental illness)<sup>6</sup> การก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก มีความชุกร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช<sup>7</sup> ผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 12-20 มีประวัติกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง<sup>8</sup> โดยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้ชายมากเป็น 2-6 เท่าและเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงมากเป็น 2-8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต นอกจากนี้พบว่า 1 ใน 20 ของอาชญากรรมหรือความรุนแรงเกิดจากผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเภท 138 ต่อ 1,000 คน จะกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น ทั้ง ทำร้าย พยายามฆ่าและฆ่าสำเร็จ ซึ่งผู้ที่เป็นเหยื่อจากการกระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชพบได้ 2.4 ต่อประชากร 1,000 คน คิดเป็นความชุก ร้อยละ 5.2 เหยื่อจากการกระทำรุนแรงเป็นผู้หญิงมากที่สุดคนในวัย 40 ปีขึ้นไปถึง ร้อยละ 19<sup>6</sup>

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง ได้แก่ การเป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เป็นโรคจิตจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงมาก่อน<sup>7</sup> การใช้ชีวิตเร่ร่อนมีบทบาทหน้าที่ต่ำขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม<sup>8</sup> อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ใช้ความรุนแรง<sup>9</sup> ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย และการเข้าถึงบริการได้น้อย<sup>10</sup> จากสัดส่วนที่มากของผู้กระทำรุนแรงและผู้เป็นเหยื่อจากการกระทำรุนแรง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีการควบคุมได้น้อยจึงเพิ่มความหวาดกลัวให้แก่สังคม ในขณะที่การป้องกันยังมีจำกัด<sup>11</sup> ซึ่งเมื่อเกิดความรุนแรงครั้งหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้เป็นเหยื่อและทัศนคติของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชในระยะยาว จึงควรหาทางป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้นต่อสังคมจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการป้องกันการก่อความรุนแรงและให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ซึ่งควรจัดให้มีระบบการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและตามแนวทางการจัดการโรคจิตแนะนำว่ามีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคจิตต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง ด้วยการใช้อุปกรณ์ที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีคุณสมบัติที่ดีในการจำแนกความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิกของผู้รักษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในต่างประเทศมีการนำมาใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจในการบำบัดรักษาทางคลินิกและกระบวนการยุติธรรม ซึ่งแต่ละเครื่องมือได้ออกแบบมาเพื่อประเมินผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์เฉพาะ เครื่องมือส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง (screening test)<sup>12</sup> ไม่ได้ใช้สำหรับประเมินระดับความรุนแรง (severity assessment)

ของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้ป่วย นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือในต่างประเทศที่มีการใช้เครื่องมือเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ที่เผยแพร่ในระดับสากล และสามารถเข้าถึงได้ เช่น V-RISK 10<sup>13</sup> Violence Risk Scale<sup>14</sup> Violence screening tool for individual with schizophrenia<sup>15</sup> Phipps Aggression Screening Tools(PAST)<sup>16</sup> Historical-Clinical-Risk Management-20(HCR-20)<sup>17</sup> The Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)<sup>18</sup> เป็นต้น จากการประเมินบทความวิจัย เครื่องมือเหล่านี้ล้วนใช้เพื่อคัดกรองความเสี่ยง ไม่ได้ใช้เพื่อจำแนกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรง ซึ่งไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเป้าหมายที่ต้องการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงต้นฉบับของแบบประเมิน อีกทั้งมีเรื่องลิขสิทธิ์ที่ต้องขอใช้แบบประเมินจึงอาจมีอุปสรรคในการนำเครื่องมือมาใช้ อีกทั้งอาจมีลักษณะบางประการที่ไม่สอดคล้องกับบริบทหรือลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชคนไทย การใช้เครื่องมือจากต่างประเทศ จึงต้องมีการทดสอบความตรงความเที่ยง ไม่แตกต่างจากการพัฒนาเครื่องมือชนิดใหม่ และที่สำคัญคือ ในประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรง

ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของไทย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ

### ระยะที่ 1 การพัฒนาข้อคำถามและทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1. การพัฒนาข้อคำถาม โดย

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและ

1.2 การศึกษาเชิงบรรยายถึงลักษณะพฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่รับรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและศึกษาประวัติในเวชระเบียน ของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence : SMI) ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และกรมสุขภาพจิตซึ่งหมายถึงผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อยหนึ่งปีขึ้นไป ได้แก่ schizophrenia, bipolar disorder, major depressive disorder และมีคุณสมบัติอยู่ในข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง โดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต 2) มีประวัติพฤติกรรมก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชน 3) อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น 4) มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงเพื่อนำปัจจัยดังกล่าวมารวมเป็นข้อคำถามกับข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้ร่างเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง Prasri Violence Severity Scale (PVSS) ครั้งที่ 1

2. ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำร่างแบบประเมินครั้งที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ คณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ violence ในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน รวมจำนวน 5 คน เพื่อให้ข้อคิดเห็นร่วมกัน โดยใช้ Delphi technique ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการสื่อสารเพื่อหาความเห็นที่สอดคล้องกลมกลืนมีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ร่างข้อสรุปของแบบประเมินที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับทฤษฎีและอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงในทางปฏิบัติ<sup>19</sup> ประยุกต์เพื่อสรุปข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อและให้นำหนักคะแนนตามเกณฑ์การพิจารณารายชื่อ

นำแบบประเมินดำเนินการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 นำเสนอร่างเนื้อหาและรูปแบบของการประเมิน ให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนจาก 1-4 โดย 1 หมายถึงผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อยที่สุดว่าคำถามนั้นสอดคล้องกับทฤษฎีและวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด 2 หมายถึงเห็นด้วยน้อย 3 หมายถึงเห็นด้วยมาก 4 หมายถึงผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมากที่สุดว่าคำถามสอดคล้องกับทฤษฎีและวัตถุประสงค์การวัดอย่างชัดเจน ครั้งที่ 2 พิจารณาเกณฑ์การให้คะแนน จุดตัด ของแบบประเมิน ผลที่เกิดขึ้นจากการประชุม ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาปรับลดข้อคำถาม รวมทั้งเกณฑ์พิจารณารายชื่อที่เห็นว่าการกวม ซ้ำซ้อน ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ควรตัดหรือรวมไว้เป็นข้อเดียวกัน และเลือกข้อที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 3 และ 4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แบบประเมิน PVSS ฉบับร่างเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหาครั้งที่ 1

ข้อคำถาม	คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ					ข้อสรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. ไม่ได้รับประทานเพื่อรักษาอาการทางจิต	1	2	ควรตัด	2	ควรตัด	ตัด
2. การดื่มสุรา	3	4	4	4	4	รวมกับ 3 รวมกับ 2
3. การเสพยาบ้า หรือกัญชา	4	4	4	4	4	
4. อาการหลงผิด	4	4	3	4	3	รวมกับ 4 รวมกับ 5
5. การแสดงออกที่หวาดระแวงไม่เป็นมิตร	3	3	4	4	4	
6. อาการประสาทหลอน	2	2	2	2	2	ตัด
7. การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น	3	3	3	3	4	คงไว้
8. พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น	4	4	4	4	4	คงไว้
9. ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง	4	4	4	4	4	คงไว้
10. ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรง	3	4	4	4	4	รวมกับ 11 รวมกับ 10
11. อุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง	4	4	4	4	4	
12. เป้าหมายของการกระทำรุนแรง	4	4	4	4	4	คงไว้
13. ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง	3	3	4	3	4	คงไว้
14. การแสดงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง	3	4	3	4	3	คงไว้

จากข้อสรุปของผู้เชี่ยวชาญ ได้ร่างแบบประเมิน PVSS ครั้งที่ 2 เหลือข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด 2) ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง 3) การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น 4) การแสดงออกที่หวาดระแวงไม่เป็นมิตร 5) พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น 6) เป้าหมายของการกระทำรุนแรง 7) ส่วนของร่างกายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำรุนแรง 8) ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง 9) การแสดงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง

3. นำแบบประเมินร่างครั้งที่ 2 ไปทดสอบความเข้าใจในการใช้ภาษา โดยผู้ทำการทดสอบเป็นนักวิจัยทำการถามเพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษา โดยการถามรายบุคคล ว่าเข้าใจในคำถามและเกณฑ์การพิจารณาอย่างไร ตรงกันกับวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหรือไม่ หากไม่เข้าใจควรใช้คำว่าอย่างไร ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจึงจะเข้าใจตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสอบถามได้แก่ พยาบาลจิตเวช 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 10 คน ผู้ป่วยจิตเวช 10 คน ญาติผู้ป่วยจิตเวช 10 คนรวมทั้งสิ้น 40 คน เพื่อให้ได้ผลการทดสอบที่มีความหลากหลายและครอบคลุม ทั้งผู้ที่ใช้แบบประเมินและผู้ถูกประเมิน นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ผลการทดสอบ ปรับการใช้ภาษาในข้อคำถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย ชัดเจนโดยไม่ทำให้ความหมายในเนื้อหาเดิมเปลี่ยนแปลง จนได้แบบประเมินครั้งที่ 3 เพื่อนำไปทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของเครื่องมือ

### ระยะที่ 2 ศึกษาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ

1. ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis)

2. ศึกษาความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) โดยทดสอบความสอดคล้องในการจำแนกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน clinical global impression scale (CGI) ที่ประเมินโดยจิตแพทย์ CGI เป็นเครื่องมือที่วัดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในที่นี่หมายถึงอาการทางคลินิกที่แสดงออกถึงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งระดับการประเมินออกเป็น 7 ระดับ จาก 1 อาการปกติ, ไม่แสดงอาการ ถึงระดับ 7 ที่มีการแสดงออกของอาการอย่างรุนแรงที่สุด (1=ปกติ (normally), 2=ก้ำกึ่ง (borderline), 3=เล็กน้อย (mildly), 4=ปานกลาง (moderately), 5=เด่นชัด (markedly), 6=รุนแรง (severely), 7= รุนแรงที่สุด (among the most extremely)<sup>20</sup>

ทดสอบโดยให้พยาบาลจิตเวชจำนวน 4 คน ที่มีคุณสมบัติจบการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์ในการทำงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 10 ปีขึ้นไปและผ่านการอบรมการใช้แบบประเมิน PVSS โดยมีการทดสอบ inter-rater reliability ระหว่างพยาบาลจิตเวช 4 คน วิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง ด้วย intra class correlation coefficient (ICC) ได้ = .994

จิตแพทย์ที่ใช้แบบประเมิน CGI เป็นจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 8 คน มีคุณสมบัติจบการศึกษาเฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์อย่างน้อย 1 ปี

ขั้นตอนการทดสอบความตรงร่วมสมัย โดยนักวิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แบบ คัดกรอง SMI-V ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในการประเมินผู้ป่วยจิตเวชเพื่อหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness to violence) นำส่งให้พยาบาลจิตเวช 1 ใน 4 คนเมื่อ

พยาบาลจิตเวชประเมิน PVSS แล้วนำผู้ป่วยส่งให้จิตแพทย์ 1 ใน 8 คนที่เป็นเจ้าของไข้ ประเมินอาการพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้เครื่องมือ CGI โดยทั้งแพทย์และพยาบาลได้รับการปกปิดคะแนน มีความเป็นอิสระต่อกันในการประเมิน

3. ความเที่ยง (reliability testing) ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบระยะที่ 2 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน-13 พฤษภาคม 2559 ขนาดตัวอย่าง ใช้ตามกฎ rule of thumb ของการวิเคราะห์องค์ประกอบคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรอย่างน้อยเท่ากับ  $10 : 1^{21,22}$  ซึ่งจำนวนที่เหมาะสมในการทดสอบคือ 9 ข้อคำถาม  $\times$  10 คือกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 90 คนขึ้นไปจะทำให้เกิดการประมาณค่าที่ดี จากการเก็บข้อมูลในช่วงดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 118 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และกรมสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลความตรงเชิงโครงสร้างด้วย exploratory factor analysis แบบ principal component analysis หมุนแกนโดยวิธี varimax กำหนดค่าน้ำหนักปัจจัย factor-loading มากกว่า 0.5 ขึ้นไป
- 2) วิเคราะห์ความตรงร่วมสมัยกับ CGI ด้วย Spearman correlation coefficient
- 3) วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในข้อคำถามด้วย Cronbach's alpha coefficient

## ผลการศึกษา

การทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือ เรียงลำดับตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

### ก. ความตรงตามเนื้อหาและความเข้าใจในการใช้ภาษา (content validity and cognitive testing)

ร่างข้อคำถามร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ได้ร่างเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมิน 9 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเองการแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่นการแสดงออกทางอารมณ์พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายและไม่เป็นมิตรพฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น เป้าหมายของการกระทำรุนแรงและส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับกระทำรุนแรง ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรงและการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรงแต่ละข้อจะมีการวัดระดับความรุนแรงแตกต่างกันจาก 0-5 คะแนนคะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 32 คะแนน จำแนกระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-13 คะแนน) และระดับสูง (14-32 คะแนน) ตามข้อสรุปความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงในแต่ละข้อ

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 37.2 ปี (SD= 11.55) เป็นเพศชายร้อยละ 74.6 สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 59.4) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.1) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.4) ได้รับการวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่มโรคจิต F20-29 (ร้อยละ 48.3) มีประวัติทำร้ายผู้อื่น (ร้อยละ 63) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติและการวินิจฉัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (N=118)	ร้อยละ
อายุ (mean ±SD) 37.17(11.55)		
<b>เพศ</b>		
ชาย	88	74.6
หญิง	30	25.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	70	59.4
คู่	34	28.8
หย่า/ร้าง /แยกกันอยู่/หม้าย	14	11.9
<b>การศึกษา</b>		
ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น/ไม่ได้เรียน	4	3.3
ประถมศึกษา	65	55.1
มัธยมศึกษา	36	30.5
อาชีวศึกษา	5	4.3
อุดมศึกษา	8	6.8
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	22	18.6
เกษตรกร	43	36.4
รับจ้าง	29	24.6
รับราชการ	4	3.4
อื่นๆ	20	16.9
<b>การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD10</b>		
F10-19	43	36.4
F20-29	57	48.3
F30-39	18	15.3
<b>ความรุนแรงตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ</b>		
<b>ความรุนแรงSMI-V</b>		
มีประวัติทำร้ายผู้อื่น	63	53.4
มีประวัติทำร้ายตนเอง	42	35.6
มีประวัติคดีอาญา	3	2.5
ปัจจุบันมีอาการทางจิต หลงผิด หวาดระแวง	6	5.1
มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ด้านขึ้นไป	4	3.4

**ข. การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)**

**การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร**

1. พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จากตาราง correlation matrix ตัวแปรยังมีความ

สัมพันธ์กันมากจะทำให้ค่าการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ซึ่งควรมีตัวแปรอย่างน้อย 1 คู่ที่มากกว่า 0.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งพบว่าค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันอยู่ในช่วงค่าสหสัมพันธ์ ( $r = -0.80-0.95$ ) โดยมีตัวแปรส่วนใหญ่



มีค่าสหสัมพันธ์กันมากกว่า 0.3 พิจารณาความเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดของตัวแปรที่ศึกษา จากค่า Keiser - Mayer - Olkin Measures of Sampling Adequacy (KMO) ที่หากเข้าใกล้ 1 ถือเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดของเรื่องที่จะศึกษา จากการวิเคราะห์พบว่าค่า KMO = 0.88 แสดงว่าตัวแปรทั้งหมดเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดของการประเมินความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

2. พิจารณา factor extraction จากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี principal component

analysis โดยกำหนดค่า Eigenvalue >1 พบว่าได้ องค์ประกอบ 2 มิติที่มีค่า Eigenvalue >1 โดยองค์ประกอบที่ 1 (ความรุนแรงต่อผู้อื่น) สามารถอธิบายความแปรปรวนของเครื่องมือได้ทั้งหมดร้อยละ 63.2 องค์ประกอบที่ 2 (ความรุนแรงต่อตัวเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) สามารถอธิบายความแปรปรวนของเครื่องมือได้ร้อยละ 16.4 โดยภาพรวมทั้ง 2 มิติองค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนรวมทั้งหมดของเครื่องมือได้ร้อยละ 79.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 Total Variance Explained แสดงความแปรปรวนรวมของเครื่องมือ

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Loadings			Loadings		
				Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5.69	63.25	63.25	5.70	63.25	63.25	5.45	60.60	60.60
2	1.47	16.38	79.62	1.47	16.37	79.62	1.71	19.02	79.62
3	.65	7.24	86.90						
4	.48	5.30	92.20						
5	.31	3.40	95.61						
6	.19	2.16	97.77						
7	.09	.10	98.76						
8	.07	.74	99.50						
9	.05	.50	100.00						

การหมุนแกนแบบ orthogonal วิธี varimax ได้นำน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) และจัดกลุ่มที่สอดคล้องกับน้ำหนักองค์ประกอบ โดยกำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 0.5 ขึ้นไป

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างพบว่า แบบประเมิน PVSS ประกอบด้วย 2 มิติ

องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 พฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อมีความตรงเชิงโครงสร้าง และอธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ร้อยละ 79.63% (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สรุปการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง ของแบบประเมิน PVSS

Domain	Items	Assessments	Factor loading	Eigenvalue	% of variance
1 พฤติกรรมรุนแรง ต่อผู้อื่น	3	การแสดงท่าทางคุกคาม ช่มชู้ผู้อื่น	.86	5.70	63.25 %
	5	พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น	.95		
	6	เป้าหมายของการกระทำรุนแรง	.96		
	7	ส่วนของร่างกายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำรุนแรง	.90		
	8	ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง	.94		
	9	การแสดงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง	.96		
2 พฤติกรรมรุนแรง ต่อตนเองและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	1	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	.76	1.47	16.38%
	2	ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง	.75		
	4	การแสดงออกที่หวาดระแวงไม่เป็นมิตร	.70		

**ค. ความตรงร่วมสมัย (concurrent validity)**  
เครื่องมือ PVSS จำแนกระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือน้อย ปานกลาง สูง ผู้วิจัยได้จัดหมวดหมู่เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ CGI โดยคะแนน PVSS ระดับน้อย เทียบกับ CGI ระดับ 1-3 (normally, borderline, mildly) PVSS ระดับปานกลาง เทียบกับ CGI ระดับ 4-5 (moderately, markedly) PVSS ระดับสูง เทียบกับ CGI ระดับ 6-7 (severely, among the most extremely) นำคะแนนการจัดกลุ่ม 3 ระดับ น้อย ปานกลาง มาก มาวิเคราะห์ Spearman correlation

coefficient ในภาพรวมของแบบประเมิน พบว่ามีความสัมพันธ์กันของการจำแนกความรุนแรงภาพรวม อยู่ในระดับที่  $r_s = 0.75, p < .001$

วิเคราะห์ความถูกต้องในการประเมินระดับความรุนแรงเปรียบเทียบกับประเมินโดยใช้ CGI ของจิตแพทย์ พบว่ามีความถูกต้อง (accuracy) ในการจำแนกระดับความรุนแรง โดยความถูกต้องสูงสุดคือการจำแนกความรุนแรงระดับน้อย รองลงมาคือระดับสูง และระดับปานกลาง มีค่าความถูกต้อง ร้อยละ 94.9, 83.9 และ 78.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความถูกต้องของการประเมินระดับความรุนแรงระหว่าง PVSS และ CGI

PVSS (N=118)	CGI โดยจิตแพทย์ (N=118)			รวม
	1-3 (ร้อยละ)	4-5 (ร้อยละ)	6-7 (ร้อยละ)	
น้อย	112 (94.9)	6 (5.1)	0 (0)	118
ปานกลาง	6 (5.1)	93 (78.8)	19 (16.1)	118
สูง	0 (0)	19 (16.1)	99 (83.9)	118
รวม	118 (100)	118(100)	118 (100)	

**ง. การทดสอบความเที่ยง (Internal consistency reliability)**

การวิเคราะห์ความเที่ยงพบว่ามีค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถามอยู่ในระดับดีเยี่ยม ค่า Cronbach's

alpha ของแบบประเมินทั้งฉบับ = .89 ค่า Cronbach's alpha ของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .62 - .97 แสดงถึงความแน่นอนของความสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ดีเยี่ยม เมื่อพิจารณาค่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน

รายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (corrected item-total) พบว่าเกือบทุกข้ออยู่ในระดับที่ดีมาก ซึ่งตามเกณฑ์หากค่ามากกว่า 0.2<sup>23,24</sup> ถือว่าดี ยกเว้นข้อ 2 แต่เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีความสำคัญต่อการวัดพฤติกรรมรุนแรง

ต่อตัวเอง ผู้วิจัยจึงคงไว้ แม้ว่าหากตัดแล้วจะทำให้ค่า Cronbach's Alpha สูงขึ้นแต่ไม่มีความจำเป็นต้องตัด เนื่องจากค่าความสอดคล้องโดยรวมก่อนตัดอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วและเป็นข้อคำถามที่จำเป็น (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม

	Cronbach's Alpha	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PVSS ภาพรวมทั้งฉบับ	.89		
<b>องค์ประกอบที่ 1</b>	.97		
PVSS ข้อ 3		.791	.864
PVSS ข้อ 5		.894	.853
PVSS ข้อ 6		.858	.858
PVSS ข้อ 7		.819	.861
PVSS ข้อ 8		.876	.862
<b>องค์ประกอบที่ 2</b>	.62		
PVSS ข้อ 1		.456	.890
PVSS ข้อ 2		-.059	.939
PVSS ข้อ 4		.558	.884

**วิจารณ์**

แบบประเมิน PVSS เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และนำไปใช้เป็นเครื่องมือประกอบการวางแผนจัดการดูแลเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ และลดระดับของพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นแบบประเมินนี้ไม่ใช่แบบคัดกรองความเสี่ยง ที่ต้องการคำตอบว่าเสี่ยงหรือไม่ แต่เป็นเครื่องมือวัดว่ามีความรุนแรงระดับใด ใช้วัดก่อนการบำบัดรักษาให้ทราบระดับความรุนแรง เพื่อวางแผนการดูแลบำบัดให้สอดคล้องและวัดประเมินหลังการบำบัดรักษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดรักษาว่าช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตหรือพฤติกรรมรุนแรงได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงตรงพบว่าเป็นระดับดี

ในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยให้ความสำคัญของเนื้อหาในข้อคำถามและเกณฑ์ในการประเมินระดับ

ความรุนแรงจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาบริบทของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในคนไทย และข้อคำถามนั้นเป็นความเห็นของผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้ลดลงได้จากการใช้วิธีการบำบัดรักษา เช่น การใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช<sup>25</sup> อาการทางจิตที่มีผลต่อการใช้ความรุนแรงมากที่สุดคือ อาการหวาดระแวง<sup>26</sup> รวมทั้งห้วงเวลาที่ผู้ประเมินต้องถามถึงเหตุการณ์ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนจนถึงวันที่ประเมิน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทแม้ว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง หากผู้ป่วยเคยมีประวัติมาแล้ว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการก่อความรุนแรง จึงควรประเมินความก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยทุกสัปดาห์<sup>27</sup> เพื่อให้ได้ระดับความรุนแรงที่เป็นปัจจุบัน สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชหากผู้ป่วยได้รับปัจจัยกระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์ที่ก่อความรุนแรง ในช่วง 1 สัปดาห์มักจะมีโอกาสสูงที่จะก่อความรุนแรงจาก

ความหุนหันพลันแล่นดังนั้นแบบประเมินจึงมีความตรง  
เชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการ  
ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรง

ความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า มีความชัดเจน  
ของโครงสร้างจากค่าสถิติที่วิเคราะห์ได้ ที่แสดงถึงการ  
อธิบายความแปรปรวนและน้ำหนักองค์ประกอบที่มี  
ค่าที่ดี

ความตรงร่วมสมัยเมื่อเปรียบเทียบกับโดยใช้  
เครื่องมือ CGI ที่จิตแพทย์เป็นผู้ประเมินซึ่งในการวิจัย  
ครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่อาการทางจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับ  
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โดยผลการศึกษา  
พบว่ามีความสอดคล้องกันในระดับที่ดี แสดงให้เห็น  
ชัดเจนว่าแบบประเมิน PVSS สามารถจำแนกระดับ  
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ได้สอดคล้องกับ  
การประเมินด้วย CGI จากจิตแพทย์ จึงมีคุณสมบัติ  
ที่ตรงในการจำแนกระดับความรุนแรงได้ในระดับที่ดี  
มาก อาจเนื่องจากแบบประเมินนี้สร้างโดยใช้ทั้งทฤษฎี  
ผู้เชี่ยวชาญและการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับความ  
รุนแรงที่เกิดขึ้นจริงในผู้ป่วยจิตเวช จึงสามารถจำแนก  
ระดับความรุนแรงได้ใกล้เคียงกับจิตแพทย์ประเมิน

คุณสมบัติในระดับที่ดีของแบบประเมินนี้คือ  
ความเที่ยงซึ่งประเมินจากความสอดคล้องภายในของ  
ข้อคำถาม พบว่าอยู่ในระดับที่ดีเยี่ยม ซึ่งโดยทั่วไปค่า  
Cronbach's alpha ที่อยู่ระหว่าง 0.7 ขึ้นไปถึง 0.8 ถือว่า  
มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ค่าที่อยู่ระหว่าง 0.8-0.9  
อยู่ในเกณฑ์ที่ดีเยี่ยม<sup>22</sup> เนื่องจากแบบประเมินนี้สร้าง  
เพื่อวัดคุณลักษณะเฉพาะพฤติกรรมรุนแรงของ  
ผู้ป่วยจิตเวช มีข้อคำถามที่ผ่านการทดสอบความเข้าใจ  
ในการใช้ภาษาที่ดี จึงมีผลต่อความสอดคล้องภายใน  
ของข้อคำถามที่ดี

อย่างไรก็ตามอาจมีข้อจำกัด ในการศึกษา  
ในด้านกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนจำกัดตามเงื่อนไขระยะ  
เวลาที่ศึกษา และยังไม่ได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิง  
ยืนยัน เพื่อแสดงถึงความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์  
และยังไม่ได้ทดสอบคุณสมบัติความตรงในการ

พยากรณ์ (predictive validity) ของแบบประเมิน PVSS  
เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและการประมาณค่าที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ เนื่องจาก  
แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินแรกของกรมสุขภาพจิต  
ที่มีการพัฒนาขึ้นในการประเมินระดับความรุนแรงของ  
พฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ  
รุนแรง จากการทดสอบคุณสมบัติเบื้องต้นดังกล่าว  
พบว่าสามารถนำไปใช้ในการประเมินระดับความรุนแรง  
ของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้ โดยเบื้องต้นควร  
ทำการทดลองนำร่องใช้ในพื้นที่ของเขตบริการสุขภาพ  
ที่ 10 เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวัง  
ในพื้นที่อื่นในประเทศใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา  
ให้สอดคล้องกับบริบท หากมีแนวทางเดียวกันในการ  
คัดกรอง การประเมินระดับความรุนแรง และการบำบัด  
รักษาที่เหมาะสม น่าจะทำให้การดูแลเฝ้าระวังปัญหา  
สุขภาพจิตที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช  
ของกรมสุขภาพจิต มีรูปแบบที่ชัดเจน เกิดประสิทธิภาพ  
ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิตลดผลกระทบทางลบต่อบุคคล  
ครอบครัว สังคมและประเทศชาติอันเกิดจากปัญหา  
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการ  
ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดย  
วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor  
analysis) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างใหม่ที่มีขนาดจำนวน  
300 คนขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสม  
ต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน<sup>21</sup> โดยศึกษาใน  
กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง  
ทั้งที่อยู่ในชุมชน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน  
โรงพยาบาล

## สรุป

แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี  
งต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช เป็นมาตรวัดแบบ  
ให้คะแนนประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ  
องค์ประกอบ มิติที่ 1 ความรุนแรงต่อผู้อื่น มิติที่ 2 ความ

รุนแรงต่อตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีความตรง  
ร่วมสมัยสอดคล้องกับการจำแนกระดับอาการพฤติกรรม  
รุนแรงโดยใช้เครื่องมือ CGI ที่ประเมินโดยจิตแพทย์  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า  $r_s = 0.75$ ,  $p < .001$   
มีความสอดคล้องภายในภาพรวมค่า Cronbach's alpha  
coefficient= 0.89 มีความตรงในการจำแนกความ  
รุนแรงของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับ  
น้อย ระดับสูง และระดับปานกลาง ด้วยค่าความถูก  
ต้อง ร้อยละ 94.9, 83.9 และ 78.8 ตามลำดับ สามารถ  
นำไปใช้เบื้องต้นในการประเมินระดับความรุนแรงของ  
พฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ  
รุนแรงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช  
ที่เป็นที่มนักวิจัยรพ.พระศรีมหาโพธิ์ ผู้ป่วยจิตเวชและ  
ญาติ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยทุกท่าน  
งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### เอกสารอ้างอิง

- World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization; 2002
- The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Health Life. Geneva, World Health Organization; 2002
- Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367: 1747-57.
- Rao C, Porapakham Y, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Swampunyaalert N, Lopez AD. Verifying causes of death in Thailand: rationale and methods for empirical investigation. *Popul Health Metr* 2010; 8: 11
- Porapakham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: implications for health policy. *Popul Health Metr* 2010; 8: 14
- Fazel S, Grann M. The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1397-403.
- Lozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015; 10: e0128536.
- Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, et al. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 233-8. DOI:10.1192/bjp.183.3.233
- Choe J Y, Teplin L A, Abram K M. Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 153-64.
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The Prevalence and Correlates of Untreated Serious Mental Illness. *Health Serv Res* 2001; 36: 987-1007.
- Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner H R, Burns B J. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000 ;176: 324-31.
- Singh J P, Grann M, Fazel S, A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011;31: 499-513. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.009

13. Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 85-91.
14. Dolan M, Fullam R, Logan C, Davies G. The violence risk scale second edition (VRS-2) as a predictive of institutional violence in a British forensic inpatient sample. *Psychiatry Res* 2008; 158: 55-6.
15. Singh JP, Serper M, Reinharth J, Fazel S. Structured assessment of violence risk in Schizophrenia and the other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophr Bull* 2011; 30: 899-912.
16. Jayaram G, Samuels J, Konrad S. Prediction and prevention of aggression and seclusion by early screening and comprehensive seclusion documentation. *Innov Clin Neurosci* 2012; 9: 30-8.
17. Kevin S. Douglas, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster, Henrik Belfrage, Laura S. Guy & Catherine M. Wilson Historical -Clinical-Risk Management -20, version 3 (HCR-20<sup>v3</sup>). development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health* 2014; 13:93-108.
18. Kroner C, Stadtland C, Eidt M, Nedopil N. The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism. *Crim Behav Ment Health* 2007; 17: 89-100.
19. Chia-Chien Hsu, Brian A. Sandford The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2007; 12(10): 1-8.
20. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a ResPsychiatry 2007; 19: 28-37.
21. Devillis RF. Scale development theory and application. Third edition. California : SAGE publications; 2012
22. Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. Scaling procedures issue and application Sage publications; 2003.
23. Sheng Y, Sheng ZI. Coefficient alpha robust to non-normal data?. *Frontiers in psychology* 2012; 34: 1-9.
24. Streiner DL, Norman G. Health Measurement scales A practice guide to their development and use New York: Oxford university Press; 1989.
25. Pickarda H, Fazelb S. Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26(4): 349-54. doi:10.1097/YCO.0b013e328361e798.
26. Coid J W, Ullrich S, Bebbington P, Fazel S, Keers R. Paranoid Ideation and Violence: Meta-analysis of Individual Subject Data of 7 Population Surveys. *Schizophr Bull* 2016; 42(4): 907-15.
27. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand* 2009 ; 119: 218-25. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01302.x.