

ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท*

THE EFFECT OF ANGER MANAGEMENT EMPHASIZING COGNITIVE THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

พญ.ศักดิ์ ฝ่ายแก้ว, พย.บ. (Payungsak Fangkaew, BNS.)**

เพ็ญญา แดงค้อมยุทธิ์, RN, Ph.D. (Pennapa Dangdomyouth, RN, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: To compare aggressive behavior of schizophrenic patients before and after receiving the anger management emphasizing cognitive therapy, and to compare aggressive behavior of schizophrenic patients who received anger management emphasizing cognitive therapy and those who received regular nursing care.

Method: The subjects were male diagnosed with schizophrenia, who met the inclusion criteria and receiving services in inpatient of Psychiatric Hospital. They were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the anger management emphasizing cognitive therapy, and the control group received regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) The anger management emphasizing cognitive therapy, 2) Demographic questionnaire,

and 3) Aggressive Behavior Assessment. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of Aggressive Behavior Assessment by Kuder -Richardson (KR-20) was .81. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: 1) The mean score of aggressive behavior of the experimental group after receiving the anger management emphasizing cognitive therapy were significantly lower than those before at the .05 level. 2) The mean score of aggressive behavior who received the anger management emphasizing cognitive therapy were significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level

Keywords: Anger management, Cognitive therapy, Aggressive behavior, Schizophrenic patients

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Master thesis, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Registered Nurse, Professional Level, Prasrimahabodi Psychiatric Hospital)

*** Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), Email: dnayus@yahoo.com

วันที่รับ (received) 15 มกราคม 2559 วันที่แก้ไข (revised) 5 มีนาคม 2559 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มีนาคม 2559

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชาย และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช จับคู่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมการจัดการความโกรธ ที่เน้นการปรับความคิด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้คูเดอร์ ริชาร์ดสันมีค่าเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผล: 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธ ที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้น การปรับความคิด ลดลงกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การจัดการความโกรธ การปรับความคิด พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่งซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชชนิดอื่น ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) อัตราส่วนในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้งสองเพศคือ ช่วงอายุ 15 - 24 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 30 - 34 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากการสำรวจในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 0.7 หรือ 333,595 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2559) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2554 ถึง 2556 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.25, 55.79 และ 53.67 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2556) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังมักไม่หายขาดและมีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ไร้ความสามารถ (Disability) และทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (Premature mortality) ด้วยเหตุนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและมีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น มักจะส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย, 2554) โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญและพบมากในผู้ป่วยจิตเภท (ศุภโชค สิงห์กันต์, 2558) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้สูงกว่าประชากรทั่วไป 2 - 10 เท่า (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอาการสำคัญถึงร้อยละ 81.97 ที่ญาตินำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ (Yudofsky, Silver, & Jackson, 1986; Martha, 2000) เป็นสาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Han, Park, Na, Baik, & Young, 2004) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่เคยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ (Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง (Lejoyeux, Nivoli, Basquin, Petit, Chalvin, & Embouazza, 2013) การใช้สารเสพติด การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา (Monahan, 2006) ประวัติของการมีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน (MacArthur, 2001) อาการทางบวก (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ความรุนแรงของอาการหลงผิด ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า (Cheung, Schweitzer,

Crowley, & Tuckwell, 1997; Lejoyeux et al., 2013) อาการประสาทหลอนโดยเฉพาะประสาทหลอนทางการได้ยิน ที่มีเสียงสั่งให้กระทำอันตรายหรืออาการหลงผิด ว่าคนอื่นปองร้าย (สมภพ เรืองตระกูล, 2554) ความกดดันทางสังคม การตำหนิผู้ป่วย การไม่ยอมรับผู้ป่วย (Chan, Lu, Tseng, & Chou, 2003) ความผิดปกติของความคิด (Song & Min, 2009) และขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของตนเอง (Chan et al., 2003) และจากปัจจัยความผิดปกติของความคิด Novaco (1975) ทำการศึกษาพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท มีความเกี่ยวข้องกับความโกรธ หรืออารมณ์โกรธ โดยลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ กระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ประกอบกับขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป (Jung, Song, & Chung, 2000) ความผิดปกติของความคิดในผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด โดยเฉพาะความคิดหลงผิด เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองว่าร้ายนินทาตนเอง หลงผิดกลัวคนจะมาทำร้าย ความผิดปกติของความคิดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภายุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ยังไม่พบการนำรูปแบบการปรับความคิดร่วมกับการจัดการความโกรธมาใช้บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดย

การแก้ไขปัญหาดังแต่ต้นเหตุ นั่นคือ ความคิด เพราะความคิดมีความเชื่อมโยงต่อความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิด ร่วมด้วย เพราะความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการปรับความคิด ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดมาพัฒนาเป็นกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยเป็นการบูรณาการระหว่างแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการปรับความคิดตามแนวคิดของ Beck (1995) มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง นอกจากนี้การใช้ทักษะการจัดการความโกรธน่าจะช่วยให้อารมณ์สงบ ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

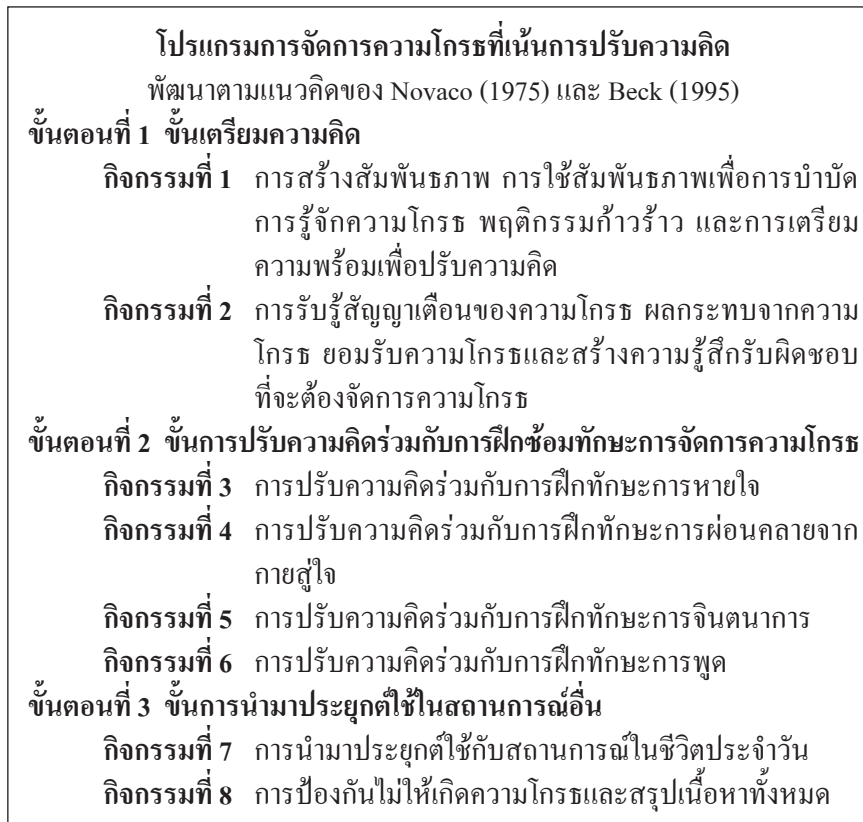
1. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด เป็นการบูรณาการระหว่างแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการปรับความคิดตามแนวคิดของ Beck (1995) โดย Novaco (1975) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีหลักในการบำบัดคือการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธที่จะนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักความโกรธ การตระหนักรู้ในตนเอง การเข้าใจอารมณ์ตนเองให้มากขึ้น และเตรียมความพร้อมในการจัดการความโกรธก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และให้เรียนรู้ทักษะการจัดการความโกรธประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) 3) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) ร่วม

กับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ที่กล่าวว่า การปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถเรียนรู้ในการจัดการความโกรธได้อย่างถูกต้องและระบายความโกรธออกมาอย่างเหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องเก็บกดความโกรธไว้ภายในซึ่งจะทำให้เกิด

ปัญหาต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ลดการแสดงความโกรธออกมาภายนอกที่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมความโกรธโดยการสร้างความสงบตั้งแต่ภายใน สามารถควบคุมความโกรธได้มากกว่าจะถูกความโกรธควบคุมทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - posttest control group design)

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก

จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1. ผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวจากประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา โดยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง (15 - 21 คะแนน)
2. มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
3. ไม่พบความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำและเซาว์ปัญญา โดยมีค่าคะแนนการประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini - Mental Status Examination: Thai - Version (MMSE - THAI 2002) โดยผ่านเกณฑ์ประเมินคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษาศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนเพราะการประเมินสมรรถภาพทางสมองเน้นด้านความคิด ถ้าความคิดความจำไม่ดี (Cognitive impairment) จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาการปรับความคิดได้

4. สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทย

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง ระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Beck (2004) ที่กล่าวถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างว่า การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในของการวิจัยกึ่งทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนกลุ่มละไม่ต่ำกว่า 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (drop out) และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ในงานวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched - pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ อายุ และระดับคะแนน BPRS (Chou, Lu, & Mao, 2002; Rossi et al., 1986)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการการดำเนินการ

การวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัย
ในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัด
อุบลราชธานี และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย
โดยไม่มีเงื่อนไขสามารถทำการวิจัยได้ เมื่อวันที่ 13
พฤศจิกายน 2558

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คือ การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองตามแนวคิด
ของ Novaco (1975) ร่วมกับการใช้แนวคิดการ
บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck
(1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรมได้แก่
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด ประกอบด้วย
2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ
การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความ
โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความ
พร้อมเพื่อปรับความคิด กิจกรรมที่ 2 การรับรู้
สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความ
โกรธ ขอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับ
ผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ **ขั้นตอนที่ 2**
ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะ
การจัดการความโกรธ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม
ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการ
ฝึกทักษะการฝึกการหายใจกิจกรรมที่ 4 การปรับ
ความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจาก
กายสู่ใจ กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการ
การฝึกทักษะการเงินธนาคาร กิจกรรมที่ 6 การ
ปรับความคิดร่วมร่วมกับการฝึกทักษะการพูด
เพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม **ขั้นตอน**
ที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น
ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 การนำ
มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและ
สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด เครื่องมือ
ชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและ
ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน และ
ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้าย
กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม
วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการ
ศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ
Yudofsky และคณะ (1986) แปลเป็นภาษา
ไทยโดย กชพงศ์ สารการ (2542) แบบประเมิน
ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ
พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าว
ต่อวัตถุสิ่งของ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และ
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีจำนวน 16 ข้อ ซึ่ง
ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบว่า มี และ
ไม่มี โดยประเมินจากประวัติการแสดงพฤติกรรม
ที่ผ่านมา เครื่องมือมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา
เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์
คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .81

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง เป็นแบบวัดการ
แสดงความโกรธของ Spielberger (1996) แปล
เป็นภาษาไทยโดย ทศไฉน วงศ์สุวรรณ (2542) และ
สิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำมาพัฒนาปรับ
ใช้เฉพาะส่วนที่วัดการแสดงความโกรธในผู้ป่วย

จิตเภท ประกอบด้วยข้อความที่วัดการเก็บความโกรธไว้ภายใน (anger - in) มี 8 ข้อ ข้อความที่วัดการแสดงความโกรธออกมาภายนอก (anger - out) มี 8 ข้อ ข้อความที่วัดการควบคุมความโกรธ (anger - control) มี 8 ข้อ รวมเป็น 24 ข้อ มีให้เลือกตอบ 4 ระดับ เครื่องมือมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านองค์ความรู้ทักษะในการบำบัดการจัดการความโกรธและการบำบัดทางความคิด

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รวมทั้งขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้านการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched - pairs) จำนวน 20 คู่ เพื่อ

ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยใช้เรื่องของอายุและระดับคะแนน BPRS (Chou et al., 2002; Rossi et al., 1986) แล้วจับผลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นจึงดำเนินการในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน แล้วให้ข้อมูลการดำเนินกลุ่มบำบัดตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและนัดหมายแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมการบำบัด มอบตารางการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง

กลุ่มควบคุม ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับแล้วนัดหมายเพื่อพบครั้งต่อไปใน 4 สัปดาห์ข้างหน้า

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมบำบัด โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการจัดการความโกรธ ที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการบำบัดใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 - 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (pre - test) และหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ 4 (post - test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t – test)

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)

ผลการวิจัย

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพศชาย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ด้านสถานภาพสมรสพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพ

โสด คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสและหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 5 ด้านการนับถือศาสนาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากันในด้านอาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คืออยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	16.95	0.89	รุนแรง	19	-37.371	0.001
ก่อนการทดลอง	1.50	1.99	น้อย			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	16.45	0.61	รุนแรง	19	2.269	0.035
ก่อนการทดลอง	16.90	0.85	รุนแรง			
หลังการทดลอง						

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.95 ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t - test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.45 ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.90 ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	16.95	0.89	รุนแรง	38	2.083	.044
กลุ่มทดลอง	16.45	0.61	รุนแรง			
กลุ่มควบคุม						
หลังการทดลอง	1.50	1.99	น้อย	38	31.857	< .001
กลุ่มทดลอง	16.90	0.85	รุนแรง			
กลุ่มควบคุม						

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.95 (ระดับรุนแรง) และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.45 (ระดับรุนแรง) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 (ระดับน้อย) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.90 (ระดับรุนแรง)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่ได้นำการจัดการความโกรธหรือการปรับความคิดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติทางจิต พบว่ากลุ่มทดลองสามารถจัดการความโกรธของตนเองได้ ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของ Tomas (2001) ได้ศึกษาการจัดการความโกรธในผู้ที่มีปัญหาการแสดงความโกรธ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัด มีการแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสม Chan และคณะ (2003) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความโกรธในการลดการแสดงออกของอารมณ์โกรธในผู้ป่วยจิตเภท

โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการแสดงออกของความโกรธ และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Hagiliassis, Gulbenkoglul, Dimarco, Young, and Hudson (2005) ศึกษาประเมินผลโครงการจัดการความโกรธช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีความโกรธพบว่า การบำบัดมีประสิทธิภาพผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีความสามารถจัดการความโกรธมากกว่าผู้ไม่ได้รับการบำบัด และกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดมีประสิทธิภาพค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้รับการบำบัดที่มีปัญหาการจัดการความโกรธ (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007) สำหรับการนำมาใช้จัดการความโกรธมีขอบเขตของการนำมาใช้คือ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระลึกถึงอารมณ์โกรธของตนเองผ่านทางสัญญาณกายต่าง ๆ ปรับพฤติกรรมจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความโกรธ จัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลงปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธ ทบทวนความคิด ที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดตัวบุคคล หรือ

กฎเกณฑ์และหลักการที่ยึดถือ มีเป้าหมายเพื่อปรับความคิด พฤติกรรม และการตอบสนองทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งที่มีมากระตุ้นให้เกิดความโกรธผ่านการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ในการจัดการความโกรธ และฝึกทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความโกรธได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดนี้เข้ามาร่วมด้วยเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง

การนำการปรับความคิดเข้ามามีใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวช่วยพัฒนาโครงสร้างความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีมากระตุ้นให้เกิดความโกรธไปในทางที่เหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองผ่านการสังเกตจากปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น รู้จักสังเกตเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักรู้ความโกรธของตนเอง นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้ว่าเกิดอารมณ์โกรธ เพราะการที่บุคคลจะสามารถบอกอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้บางครั้งไม่ใช่เรื่องง่ายโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท และช่วยให้รับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่มีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งโกรธมาก บางครั้งโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ค้นพบความคิดในทางลบ ความคิด

ที่บิดเบือน พร้อมทั้งช่วยพิสูจน์ความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยปรับความคิดโดยใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เทคนิคการลงให้คาดการณ์ ถึงที่รุนแรงที่สุด และเทคนิคการหยุดความคิด มาใช้ในการปรับความคิดส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และนำมาซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อนำการจัดการความโกรธมาเข้าร่วมกับการปรับความคิดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถยับยั้งไม่ให้ตอบสนองสถานการณ์ที่มากระตุ้นแบบทันทีทันใด ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิด เกิดการปรับความคิดให้เหมาะสม ทำให้มีทางเลือกในการแสดงออกได้มากขึ้น และระงับไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Glancy and Saini (2005) ได้ทบทวนการบำบัดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พบว่าการบำบัดสามารถลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากความโกรธ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น วัยรุ่นแอฟริกันอเมริกันที่ถูกล่วงละเมิด นักศึกษาระดับปริญญาตรี รวมทั้งยังพบว่าสามารถใช้บำบัดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น ผู้ปกครอง และครูที่มีอารมณ์โกรธ ผู้หญิงและผู้ชายที่ทำร้ายผู้อื่น คนขับรถที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทหารผ่านศึกเวียดนาม และใช้บำบัดในผู้ที่ต้องคดีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

จากการศึกษาของ Paul, Jessica, Rachel and Gill (2002) ใช้การบำบัดความคิด (Cognitive behavior therapy) ในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าจะแนบความโกรธหลังการบำบัดลดลง

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดตามกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ตามแนวคิดพื้นฐานการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ที่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิด ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้น ย่อมเปลี่ยนแปลงได้ ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ที่ช่วยในการปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการบำบัดเน้นที่การจัดการกระทำกับองค์ประกอบทางความคิด ช่วยเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดจึงส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงตามความคิด กระบวนการที่สำคัญของการบำบัดคือ การเปลี่ยนการตีความ การรับรู้ การสงบจิตใจด้วยการใช้เทคนิคผ่อนคลายอารมณ์ การควบคุมตัวเอง การรับฟังผู้อื่น การพูดแสดงความรู้สึก ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวจากที่เคยมีมาแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยก เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์โกรธ สาเหตุของการเกิดความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธ การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จึงขาดความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาเรื่อย ๆ เมื่อมีสถานการณ์ต่าง ๆ มากกระตุ้นเมื่อพบสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกข่มขู่ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในกลุ่มควบคุมอาจจะต้องใช้ระยะเวลาานมากกว่ากลุ่มทดลองในการที่จะทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและมีการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม เพราะฉะนั้นเมื่อทำการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จึงยังไม่ลดลง และคงอยู่ในระดับรุนแรงเท่าเดิม

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการบำบัดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด จะมีการตีความและการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระตุ้นตามความเป็นจริงสามารถสงบจิตใจ

ตนเองได้ด้วยการใช้เทคนิคผ่อนคลายอารมณ์ การควบคุมตัวเอง การรับฟังผู้อื่น การพูดแสดงความรู้สึก ทำให้เกิดความสงบในจิตใจ สามารถควบคุมความเครียดความโกรธได้ของตนเองได้ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งยังช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัวในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับความโกรธได้อย่างเหมาะสม

1.2 การนำโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้พยาบาล จะต้องมีความรู้ด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และผ่านการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การนำโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้อาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม และตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท

1.4 ควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดในระยะยาวและอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

ควรมีการศึกษอบรมเกี่ยวกับการจัดการความโกรธที่เน้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มทักษะและเพิ่มศักยภาพของพยาบาลจิตเวชหรือผู้บำบัดในการช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรนำโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น หรือนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเป็นการขยายผลทางการศึกษา

3.2 ควรมีการศึกษาดูผลระยะยาว ด้วยการประเมินคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้ประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และผู้ป่วยจิตเภททุกท่านตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอ่ยนามในที่นี้สำหรับการช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กชพงศ์ สารการ. (2542). *พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 (Annual Report 2016)*. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล็อก.

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น. ใน *นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.

กัญญาวรรณ ระเบียบ. (2555). *ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนัย วงศ์สุวรรณ. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี*. พิมพ์

ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2556). *รายงานสถิติประจำปี*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

ศุภโชค สิงห์กันต์. (2558). *พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง*. ใน *นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์

สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สิรินภา จาคีเสถียร. (2547). *แบบวัดการแสดงความโกรธ*. ใน *ผลการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีชัยภูมิ*. *วารสารโรงพยาบาลศรีชัยภูมิ*, 8(2), 12-23.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราพร สี่หรีดวงศ์, ประภายุทธไทร, พวงเพชร เกสรสมุทร, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สายรุ้งกิก.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York : Guilford Press.

Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L., & Chou, K. R. (2003). Effectiveness of the anger control program inducing anger expression in patient with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(2), 88-95.

- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowlev, K., & Tuckwell, V. (1997). Aggressive behavior in schizophrenia: Role of state versus trait factors. *Psychiatry Research*, 72, 41-50.
- Chou, K. R., Lu, R. B., & Mao, W. C. (2002). Factors relevant to patient assaultive behavior and assault inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(4), 187-195.
- Glancy, G., & Saini, M. A. (2005). An evidenced-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(2), 229-248.
- Han, D. H., Park, D. B., Na, C., Baik, S. K., & Young, S. L., (2004). Association of aggressive behavior in Korean male schizophrenic patients with polymorphisms in the serotonin transporter promoter and catecholamine-O-methyltransferase genes. *Psychiatry research*, 129, 29-37.
- Hagiliassis, N., Gulbenkoglul, H., Dimarco, M., Young, S., & Hudson, A. (2005). The anger management project: A group intervention for anger in people with physical and multiplied disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30(2), 86 - 96.
- Jacobson, E. (1962). *You Must Relax*. New York: Mc Graw-Hill Book.
- Jung, H. S., Song, J. Y., & Chung, K. J. (2000). Anger experience and expression in patients with schizophrenia. *Journal of the Korean Neurological Psychiatric Association*, 39(6), 1045-1053.
- Kay, S. R., Wolkenfeld, F., & Murrill. (1998). Profile of aggression among psychiatric inpatient II: Covariates and predictors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (7), 547-557.
- Lejoyeux, M., Nivoli, F., Basquin, A., Petit, A., Chalvin, F., & Embouazza, H. (2013). An investigation of factors increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenic inpatients. *Forensic Psychiatry*, 97(4), 1-6.
- Martha, L. C. (2000). *Understanding and treating violence psychiatric patients*. Washington DC: American Psychiatric.
- Monahan, J. (2006). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorder. *Psychiatric services*, 56(7), 810 – 815.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental*. Lexington, Mass: D.C. Health and company.
- Paul, W., Jessica, J., Rachel, T., & Gill, G. (2002). A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive behavioral anger management group for client with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.
- Polit, D. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Generating and assessing evidence for*

- nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rossi, A. M., Jacobs, M., Monteleone, M., Olsen, R., Surber, R. W., & Winkler, E. L., et al. (1986). Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other Fearing dicing behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(4), 154-160.
- Song, H., & Min, S. K. (2009). Aggressive behavior model in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 167(2009), 58-65.
- Spielberger, C. D. (1996). *Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Thomas, S. P. (2001). Teaching healthy anger management. *Psychiatric Care*, 37(2), 41-48.
- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2007). *Cognitive Behavior Therapy: Skill and Applications*. Los Angeles: SAGE Publication.
- Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.