

การพัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด
สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง*

THE DEVELOPMENT OF AN ANGER MANAGEMENT WITH
MINDFULNESS - BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM
FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS HAVING VIOLENCE BEHAVIORS

วรรณิ์ ศิรินทรากูร, พย.ม. (Wanee Sirintarakoon, M.S.)**

นพรัตน์ ไชยชำนาญ, ป.ร.ค. (Nopparat Chaichumni APN, Ph.D.) ***

เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน พย.ม. (Soawaluk Yimyuean, M.S.) ****

Abstract

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of the anger management with mindfulness-based cognitive therapy program for schizophrenic patients having violence behaviors.

Methods: This study was a research and development (R&D). Two major steps were involved including 1) developing the program and 2) testing the effectiveness of the program developed. The subjects composed of two groups relevant to each step of the study which were 1) The experts group comprising of 4 nurses, 2 advanced practice nurses, 2 mindfulness experts, 4 caregivers, and 4 patients for developing the program, and 2) The 60 schizophrenic patients having violence behaviors for testing the effectiveness of the

program developed. For the 2nd step, subjects were randomly assigned into experimental and control groups, 30 subjects for each group. The research instruments were as follows; 1) the anger management with mindfulness-based cognitive therapy program with IOC of .80, 2) the anger expression scale based on Spieiberg, Reheiser & Sydeman with the reliability using Cronbach's alpha coefficient of .70., and 3) well-being scale based on Wiput's concept with the reliability using Cronbach's alpha coefficient of .93. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measure ANOVA.

Results: 1) The anger management with mindfulness-based cognitive therapy program consisted of 8 sessions including distraction management, anger pathway, knowing meditation,

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (Corresponding author, Registered Nurse, Senior Professional Level, Suansaranrom Hospital), E-mail: wanee577@gmail.com

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (Registered Nurse, Senior Professional Level, Suansaranrom Hospital)

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (Registered Nurse, Professional Level, Suansaranrom Hospital)

วันที่รับ (received) 26 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไข (revised) 30 พฤษภาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 มิถุนายน 2562

mindfulness and lifestyle, positive thinking, relationship with close ones, mindfulness in communication, and love yourself and others. 2) There were significantly different in mean scores of anger expression between the experimental and control group ($F = 744.10$, $p < .01$). There were significantly different in mean scores of anger expression between before starting the program, 1 month and 3 months after the program completion ($F = 33.47$, $p < .01$). In addition, results from analysis of variance on mean scores of anger revealed significant interaction effect between group and time ($F = 17.58$, $p < .01$). 3) There were significantly different in mean scores of well-being between the experimental and control group ($F = 5557.49$, $p < .01$). There were significantly different in mean scores of well-being between before starting the program, 1 month and 3 months after program completion ($F = 11.56$, $p < .01$). In addition, results from analysis of variance on mean scores of well-being showed significant interaction effect between group and time ($F = 27.76$, $p < .01$). Result from this study suggested that the program could be applied for reducing anger expression and enhancing well-being of schizophrenic patients having violent behaviors.

Keywords: The anger management, Mindfulness-based, Cognitive therapy, Schizophrenic patients having violent behaviors

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา การวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนใหญ่ ได้แก่ 1) ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมและ 2) ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มที่สอดคล้องกับขั้นตอนการวิจัยคือ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คือ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2 คน ผู้เชี่ยวชาญสติบำบัด 2 คน ผู้ดูแล 4 คน และผู้ป่วย 4 คน สำหรับขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมและ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 60 คน สำหรับขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด มีค่า IOC .80 2) แบบประเมินการแสดงความโกรธตามแนวคิดของสปีเบอร์เกอร์ ริตเซอร์และไซค์แมน ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70 และ 3) แบบวัดสุขภาวะตามแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา: 1) โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การจัดการความวุ่นวายใจเส้นทางความโกรธ

รู้จักสมาธิ สติกับการดำเนินชีวิต การคิดเชิงบวก สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด การสื่อสารด้วยสติและรักตนเอง รักผู้อื่น 2) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 744.10, p < .01$) พบว่าค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 33.47, p < .01$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการแสดงความโกรธระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 17.58, p < .01$) และ 3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5557.49, p < .01$) และพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 11.56, p < .01$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 27.76, p < .01$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการลดการแสดง ความโกรธและส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้

คำสำคัญ: การจัดการความโกรธ สติบำบัด การบำบัดทางความคิด ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมรุนแรงเป็นผลของการแสดง ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม และพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า (พิเชษฐอุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) ส่งผลกระทบบทที่รุนแรงทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคม และชุมชน ที่สำคัญผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 40 และมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, 2558) ถือว่าเป็นพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและทันทั่วทั้งที่

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกของความโกรธในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง และผู้อื่น หรือการทำลายสิ่งของ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรงโดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) และพบว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว คนในชุมชนหวาดกลัว ไม่ไว้วางใจ และไม่ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นและเกิดการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (พิมพ์ชนา สิริหมอนันต์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และอติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, 2555) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท (พิสมัย สีโรตมรัตน์, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าเพศหญิง การใช้สารเสพติด ไม่รับประทานยา มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการทางบวก (เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น) ความกดดันทางสังคม ต่ำหนี้และไม่ยอมรับผู้ป่วย ความผิดปกติของความคิด และขาดความสามารถในการควบคุมการแสดงออกความโกรธ (Chan, Lu, Tseng, & Chou, 2003) และอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงเกิดจากการไม่สามารถควบคุมการแสดงออกของความโกรธได้อย่างเหมาะสม

การแสดงออกของความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้ในสิ่งที่คาดหวัง ส่งผลให้เกิดภาวะความกลัวความไม่มั่นคงทางอารมณ์ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้และแสดงความโกรธได้ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นการปลดปล่อยความโกรธเพื่อปกป้องตนเอง (Hagiliassis, Gulbenkoglul, Dimarco, Young, & Hudson, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธที่เกิดจากความผิดปกติ ด้านการรับรู้กระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ขาดประสบการณ์จัดการกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกวิตกกังวล ความคับข้องใจ การควบคุมอารมณ์ มองตนเองด้านลบ ขาดทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม ส่งผลให้การแสดงความโกรธไม่เหมาะสม (Jung, Song, & Chung, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การแสดงออกของความโกรธที่เหมาะสมและไม่มีพฤติกรรมรุนแรงสามารถทำได้โดยจัดการกับ

ความคิด อารมณ์ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นในทางลบโดยผ่านกระบวนการกลั่นกรองทางความคิดซึ่งเป็นตัวต้นเหตุแห่งการแสดงความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Hagiliassis et al., 2005) สอดคล้องกับโนวาโค (Novaco, 1975) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงสามารถป้องกันได้จากการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนให้จัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสมด้วยการปรับความคิดและฝึกทักษะในการจัดการความโกรธทำให้สามารถควบคุมการแสดงออกความโกรธและลดพฤติกรรมรุนแรงได้ สอดคล้องกับกลานซีและไสนิ (Glancy & Saini, 2005) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) สามารถลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงได้ โดยการแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม (दारारวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) นอกจากนี้พบว่า โปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (กัญญาวรรณ ระเบียบ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และรัตนศิริ ทาโต, 2556)

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ เดวิส และเคอร์ซแบน (Davis & Kurzban, 2012) พบว่า สติบำบัด (mindfulness) สามารถลดความวิตกกังวล ความทุกข์ใจ เพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถควบคุมตนเองและมีสติในการจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นได้ดีขึ้นสามารถปลดปล่อยความโกรธและแสดงออกความโกรธได้อย่างเหมาะสม (Adele & Feldman, 2004) เนื่องจากการฝึกสมาธิและสติอย่างต่อเนื่องจะมีผลต่อคลื่นสมองและการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาทที่ทำให้รู้สึกสงบผ่อนคลายนอกจากนั้น

ยังสัมพันธ์กับกระบวนการลดความคิดอัตโนมัติทางลบและเพิ่มการควบคุมตนเอง ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยืดหยุ่นและควบคุมอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2557) สถิติบำบัดเป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถจัดกระทำปัจจัยต่าง ๆ ใน cognitive model โดยช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกจากตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์ความเครียดและไม่นำประสบการณ์หรือความรู้สึกเดิมเข้ามาตัดสินเกิดการตระหนักรู้ในความจริงและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ช่วยลดอารมณ์ความรู้สึกและความคิดอัตโนมัติทางลบ สู่กระบวนการคิดใหม่ที่เหมาะสมจะช่วยลดความขัดแย้งภายใน ช่วยลดความรู้สึกโกรธจากตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชแสดงอาการลดลงและมีสุขภาพที่ดี (กงจักร สองลา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2557) ซึ่งดูปุย (Dupuy, 1977) กล่าวถึงสุขภาพเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตที่นำไปสู่ความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคลทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคลที่สะท้อนถึงความพึงพอใจและมีความสุขกับชีวิตสามารถควบคุมตนเองได้รู้สึกมีชีวิตชีวานอกจากนั้น วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่าสุขภาพเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำรงชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และสุขภาพจะได้จำกัดอยู่เพียงการไม่ป่วย หรือพิการเท่านั้น ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ป่วยซ้ำแสดงถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพจากสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีผู้ป่วย

จิตเวชที่เข้ารักษาในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินด้วยพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายสิ่งของจำนวน 2,004 ราย 2,146 ราย และ 2,290 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีจำนวนมากขึ้นและพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำสูงสุดในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยพบว่าป่วยซ้ำในปี 2557-2559 จำนวน 39, 43, และ 53 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2560) และจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นโดยผู้วิจัย ในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลจำนวน 10 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 83 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรอสซี่และคณะ (Rossi et al., 1986) พบว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นอาการสำคัญที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชถึงร้อยละ 81.80 รวมทั้งการศึกษพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดย กรรณิกา ขอบน้ำ (2555) พบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ เอะอะไว้อยว ย ตะโกนเสียงดัง ร้อยละ 62.50 มีพฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน ร้อยละ 51.14 และมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นถึงร้อยละ 38.64

จากปัญหาพฤติกรรมรุนแรงและการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้มีการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลและกลุ่ม การให้คำปรึกษาครอบครัว จิตบำบัดรายบุคคลและกลุ่ม รวมทั้งทักษะการสื่อสารและการเข้าสังคม แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยจิตเวชยังกลับมารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมจัดการความโกรธที่มีอยู่ยัง

ไม่สามารถจัดการกับการแสดงอาการโกรธและพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเน้นเฉพาะการจัดการกับกระบวนการคิดและให้ความรู้การจัดการกับความโกรธ ซึ่งยังไม่มีการจัดการอารมณ์จากภายใน เพื่อให้เกิดการแสดงออกของความโกรธได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน ที่ส่งผลให้มีสติรู้เท่าทันและจัดการอาการโกรธได้อย่างทันที่และทำได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ซึ่งเกิดได้จากการฝึกสมาธิและสติอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ เป็นเวลานาน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการนำแนวคิดสติบำบัดมาใช้ในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นรูปแบบชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลรับผิดชอบในการดูแลและควบคุมระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สามารถแสดงอาการโกรธได้อย่างเหมาะสมและมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อการแสดงอาการ

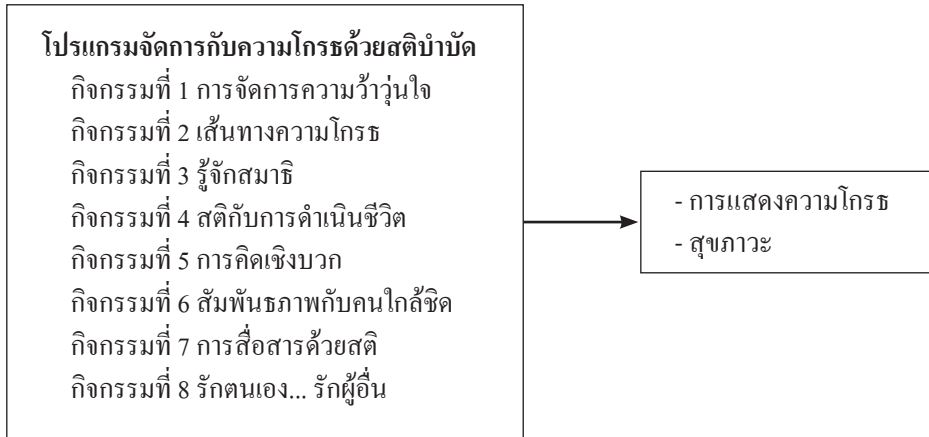
โกรธและสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมจัดการกับความโกรธด้วยสติบำบัดเป็นการบูรณาการแนวคิด Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ของเซกัล, วิลเลียมและทีซเดิล (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ที่เน้นในการฝึกสมาธิโดยรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่องจนเกิดความผ่อนคลายและการฝึกสติโดยการตระหนักรู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน ร่วมกับการปรับความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ของเบค (Beck, 1995) มีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกได้ดีขึ้น เกิดความตระหนักรู้ในความเป็นจริง และมีการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และแนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโก (Novaco, 1975) มีการจัดการความโกรธ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมคิด 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ และ 3) การใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น โดยการฝึกผ่อนคลาย การฝึกการพูด ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการคิดใหม่ที่เหมาะสม ส่งผลให้การแสดงอาการโกรธลดลง นอกจากนี้การฝึกสติมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท Parasympathetic ดีขึ้น ช่วยให้มีความสุขและอารมณ์ด้านบวกมากขึ้น ลดความเครียดและเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่การดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงการมีสุขภาวะที่ดีของบุคคล ทั้งด้านสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ตามแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่กล่าวว่าสุขภาวะ

ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก็สามารถ

บรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้ (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ศึกษาเอกสารงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2 คน ผู้เชี่ยวชาญสติบำบัด 2 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 4 คน และผู้ดูแล 4 คน (ดำเนินการสนทนากลุ่มเมื่อ วันที่ 12 เดือนธันวาคม 2560) โดยใช้แนวคำถามหลัก ดังนี้ 1) ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ผ่านมาเมื่อท่านรู้สึกขัดแย้งในใจและมีความรู้สึกโกรธท่านแสดงออกของความโกรธอย่างไร 2) ที่ผ่านมามีวิธีจัดการกับความโกรธที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอย่างไร 3) ท่านคิดว่าการจัดการกับความโกรธ

และการแสดงออกความโกรธที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพแบบยั่งยืนควรมีวิธีการอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า 1) เมื่อรู้สึกขัดแย้งในใจและรู้สึกโกรธจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด พูดเสียงดัง อะอะโววายก้าวร้าวบางครั้งคำหยาบคายทำลายข้าวของ บางครั้งทำร้ายคนในครอบครัว 2) เมื่อมีความโกรธส่วนใหญ่จะ นับเลขในใจเดินหนีออกจากสถานการณ์นั้น ๆ 3) การจัดการและการแสดงออกของความโกรธที่เหมาะสมมีวิธีการดังนี้ สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ การฝึกสติการตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธ ออกกำลังกาย ฟังเพลง ยอมรับและให้อภัยผู้ที่ทำให้โกรธ ยอมรับการเจ็บป่วย รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ ความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมา

เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ ฉบับร่าง ดังนี้ (เดือนมกราคม 2561 ถึงกุมภาพันธ์ 2561)

2.1 กำหนดโครงสร้างหัวข้อ ความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหา กิจกรรมในแต่ละส่วน และจัดทำโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แนวคิด MBCT ของเซกัล และคณะ (Segal et al., 2002) แนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโก (Novaco, 1975) ร่วมกับการปรับความคิดพฤติกรรมของเบค (Beck, 1995) โดยมีกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) การจัดการความวุ่นวายใจ 2) เส้นทางความโกรธ 3) รู้จักสมาธิ 4) สติกับการดำเนินชีวิต 5) การคิดเชิงบวก 6) สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด 7) สื่อสารด้วยสติ และ 8) รักตนเองรักผู้อื่น

2.2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความชัดเจนของภาษา คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่า IOC เท่ากับ .80 หลังจากนั้นปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิ (ปรับปรุงโปรแกรมครั้งที่ 1) (เดือนมีนาคม 2561)

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมฯ โดยนำโปรแกรมฯ ฉบับร่างทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 6 ราย เพื่อดูความครอบคลุม ชัดเจนและสามารถใช้ได้ตามสถานการณ์จริง (เดือนเมษายน 2561)

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงรวมทั้งปรับปรุงให้ครอบคลุมในสาระสำคัญและความชัดเจนของภาษา (ปรับปรุงโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2) (เดือนพฤษภาคม 2561)

ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 60 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์แบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2561 จับคู่ (matched pair) ตามเพศและอายุ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ กลุ่มละ 9 - 12 คน จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 8 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม เข้ากลุ่มวันเว้นวัน รวม 3 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติในหอผู้ป่วย ได้แก่ ให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคการรักษาด้วยยาการมาตรวจตามนัดและการส่งต่อเพื่อการรักษา

การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดเช่น กลุ่มอาชีพะบำบัดทักษะการดูแลตนเองและงานอาชีพรวม ระยะเวลา 3 สัปดาห์

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินการแสดงความโกรธและสภาวะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการแสดงความโกรธ โดยใช้แบบวัดของทสไนย วงศ์สุวรรณ (2542) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์, เรเซอร์, และซิดแมน (Spieberger, Reheiser, & Sydeman, 1995) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .70 ประกอบด้วย 1) ข้อความที่วัดการเก็บความโกรธไว้ภายใน มี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วเก็บความรู้สึกไว้ภายในหรือเก็บความรู้สึกโกรธไว้ 2) ข้อความที่วัดการแสดงความโกรธออกมาภายนอกมี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วแสดงความรู้สึกต่อบุคคลและสิ่งของในสภาพแวดล้อม และ 3) ข้อความที่วัดการควบคุมความโกรธ มี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่บุคคลรู้สึกโกรธแล้วพยายามที่จะควบคุมการแสดงความโกรธ

การแปลผล การแสดงความโกรธคือ ผลรวมคะแนนจากข้อความที่วัดการแสดงความโกรธออกมาภายนอก การเก็บความโกรธไว้ภายใน และการควบคุมความโกรธ ซึ่งเป็นดัชนีทั่ว ๆ ไปที่

แสดงให้เห็นทราบความถี่ที่บุคคลแสดงความโกรธ ดัชนีการแสดงความโกรธ (X) ได้จากการคำนวณคะแนนจากมาตรวัดการเก็บความโกรธไว้ภายใน (A) รวมกับการแสดงความโกรธออกมาภายนอก (B) ลบด้วยคะแนนจากมาตรวัดการควบคุมความโกรธ (C) บวก 16 ($X = A + B - C + 16$) เมื่อได้คะแนนนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ แปลผลเป็นคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยผู้ที่มีปัญหาในการแสดงความโกรธคือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดการแสดงผลออกมาภายนอกมากกว่า 16 คะแนน

2.2 แบบวัดสภาวะ ใช้ของปรีดา เอกวานิช (2548) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดสภาวะของวิพุธ พูลเจริญ (2544) ซึ่งครอบคลุมตัวแปรสุขภาพ 4 ด้านได้แก่ สภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 50 ข้อ คือ สภาวะทางกาย 20 ข้อ สภาวะทางจิต สภาวะทางสังคม และสภาวะทางจิตวิญญาณ อย่างละ 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1 จาก เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เลขที่ SSR REC 17/2560 สำหรับขั้นตอนการวิจัยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์และโอกาสความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนแนวทางแก้ไข อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิจัยและระยะเวลาในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนทราบทุกราย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และได้รับการชี้แจงให้ทราบกรณีปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและ

ถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย นอกจากนี้จะเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงความโกรธและสภาวะทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดที่พัฒนาขึ้นจากการสนทนากลุ่มของทีมพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านสติบำบัด ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการทบทวนเอกสาร สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การจัดการความวุ่นใจ เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก และให้สมาชิกได้ทบทวนและวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกโกรธหรือวุ่นใจ 2) เส้นทางความโกรธ เป็นการคิดทบทวนและเข้าใจสาเหตุของความโกรธและรับรู้ถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 3) รู้จักสมาธิ เป็นการฝึกการรับรู้ให้จิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน 4) สถิตกับการดำเนินชีวิต เป็นการเชื่อมโยงให้สมาชิกเข้าใจว่าทุกคนสามารถฝึกสติให้พัฒนาดีขึ้นได้ 5) การคิดเชิงบวก เป็นการเชื่อมโยงเรื่องของอารมณ์กับการปล่อยวางเมื่อเกิดอารมณ์ที่

รุนแรงเน้นการทบทวนการฝึกสมาธิและสติมุ่งเน้นการคิดเชิงบวก 6) สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด เป็นการเชื่อมโยงให้สมาชิกเห็นว่าบุคคลใกล้ชิดมีความสำคัญสำหรับการจัดการความโกรธ 7) การสื่อสารด้วยสติ เป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารอย่างมีสติกับการสื่อสารทางบวก และ 8) รักตนเอง รักผู้อื่น เป็นการเชื่อมโยงสติกับการให้อภัยและเมตตาตนเองและผู้อื่น มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คำดัชนีความสอดคล้องระหว่างหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ มีค่า IOC เท่ากับ .80

2. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 33.33, 36.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 63.33 และ 70.00 ระดับการศึกษาสูงสุดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.66 อาชีพปัจจุบันกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.00 กลุ่มควบคุมจะว่างงาน ร้อยละ 50.00 มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 56.67, 50.00 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 56.67, 73.33 ระยะเวลาการเจ็บป่วยกลุ่มทดลอง 1-5 ปี ร้อยละ 43.33 กลุ่มควบคุม 11-15 ปี ร้อยละ 43.33 และทั้งสองกลุ่มเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน 1-5 ครั้ง ร้อยละ 56.66 และ 43.33

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธและสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มี

พฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 3 เดือน และการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ก่อนการวิเคราะห์ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ก่อนการวิเคราะห์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการแสดงความโกรธ

และค่าเฉลี่ยของสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม				
- ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	79632.20	1	79632.20	744.10**
- ความคลาดเคลื่อน	6207.04	58	107.01	
ภายในกลุ่ม				
- ผลของโปรแกรม (ระยะเวลา)	2152.23	2	1076.12	33.47**
- ปฏิสัมพันธ์	1130.28	2	565.14	17.58**
- ความคลาดเคลื่อน	3729.49	116	32.15	

**p < .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 744.10, p < .01$) และค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญ ($F = 33.47, p < .01$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการแสดงความโกรธระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 17.58, p < .01$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล เป็นรายคู่ โดย post-hoc test วิธี Bonferroni

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	ช่วงเวลาการวัด	Mean Difference	p-value
การแสดงความโกรธโดยรวม	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	11.73	.001
		ก่อนการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	13.40	.001
		หลังการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	1.67	.033
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	1.73	.818
		ก่อนการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	2.23	.816
		หลังการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	.50	1.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (mean difference = 11.73) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง (mean difference = 13.40) และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลต่ำกว่าหลังการทดลอง (mean difference = 1.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยการแสดงความโกรธก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม				
- ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	1536.62	1	1536.62	5557.49**
- ความคลาดเคลื่อน	16.04	58	.276	
ภายในกลุ่ม				
- ผลของโปรแกรม (ระยะเวลา)	.47	2	.234	11.56**
- ปฏิสัมพันธ์	1.13	2	.563	27.76**
- ความคลาดเคลื่อน	2.35	116	.02	

**p < .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5557.49$, $p < .01$) และ พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 11.56$,

$p < .01$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 27.76$, $p < .01$)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล เป็นรายคู่ โดย post-hoc test วิธี Bonferroni

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	ช่วงเวลาการวัด	Mean Difference	p-value
สุขภาวะโดยรวม	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-.28	.001
		ก่อนการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	-.27	.001
		หลังการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	.001	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	.03	.342
		ก่อนการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	.09	.068
		หลังการทดลอง - เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล	.06	.126

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean difference = .28) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง (mean difference = .27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ .80 เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากการสนทนากลุ่มของทีมพยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญสติบำบัด ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการบูรณาการแนวคิด Mindfulness Based Cognitive Therapy: MBCT ของเซกัลและคณะ (Segal et al., 2002) ที่เน้นในการฝึกสมาธิโดยรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง การฝึกสติโดยการตระหนักรู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน ร่วมกับการปรับความคิดพฤติกรรมของเบค (Beck, 1995) มีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความเป็นจริง และการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และแนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco, 1975) มีการจัดการ

ความโกรธ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมคิด 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ และ 3) การใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น กำหนดกิจกรรม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดการกับความวุ่นใจเน้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธ การแสดงออกเมื่อโกรธ และการรับรู้สัญญาณที่บ่งบอกว่าโกรธ 2) เส้นทางความโกรธ ผู้ป่วยสามารถรับรู้สิ่งกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และผลกระทบของการแสดงออกถึงความโกรธ ตลอดจนการยอมรับการจัดการความโกรธ 3) รู้จักสมาธิ ผู้ป่วยรู้จักขั้นตอนการฝึกสมาธิ และเรียนรู้ว่าการฝึกสมาธิเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด 4) สถิติกับการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการฝึกสติ ตระหนักรู้ในสิ่งที่ทำ ซึ่งจะนำไปสู่การปล่อยวางอารมณ์และความคิดได้ 5) การคิดเชิงบวก เป็นการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบสู่การปล่อยวางด้วยการฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 6) สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด เน้นการมีสัมพันธภาพทางบวกด้วยการฝึกสติและปล่อยวางความเครียด 7) การสื่อสารด้วยสติ ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการมีสติในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการยอมรับและลดอารมณ์ทางลบ และ 8) รักตนเอง รักผู้อื่น เป็นการเรียนรู้การฝึกสติ ที่จะนำไปสู่การยอมรับ การให้อภัยและเมตตาตนเอง ผู้อื่น และสรรพสิ่งต่างๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความเครียด เกิดการผ่อนคลาย มีความสุขและอารมณ์ด้านบวกมากขึ้น ทำให้การแสดงความโกรธลดลง เป็นผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนาวรรณ ระเบียบ, อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และรัตนศิริ ทาโต (2556) พบว่า โปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธ ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลงเช่นเดียวกับการศึกษาของสตีเวน แอนดรูว์ และเควิน (Steven, Andrew, & Kevin, 2009) ที่กล่าวว่า การฝึกสติเป็นวิธีการบรรเทาอารมณ์และการแสดงออกถึงความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คะแนนเฉลี่ยการแสดงความโกรธภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทั้งหลังการทดลอง 1 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 3 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ที่บูรณาการแนวทางการจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco, 1975) ที่ให้สมาชิกได้ทบทวนและวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธหรือวุ่นใจ การคิดทบทวนและเข้าใจสาเหตุของความโกรธและรับรู้ถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการฝึกสติบำบัดตามแนวคิด Mindfulness Based Cognitive Therapy: MBCT ของเซกัล และคณะ (Segal et al., 2002) โดยสมาชิกได้รับการฝึกสมาธิ การฝึกสติ ตระหนักรู้ในสิ่งที่ทำ ซึ่งจะนำไปสู่การปล่อยวางอารมณ์และความคิดการสร้างสัมพันธภาพทางบวกด้วยการฝึกสติ การสื่อสารด้วยสติ ซึ่งจะนำไปสู่การลดอารมณ์ทางลบ ร่วมกับการปรับความคิดพฤติกรรมของเบค (Beck, 1995) โดยสมาชิกได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ สู่การคิดเชิงบวกโดยอาศัยทักษะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกให้อภัยตนเอง ผู้อื่น และสรรพสิ่งต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบผ่อนคลาย มีอารมณ์ด้านบวกเพิ่มมากขึ้น ลดการแสดงอารมณ์โกรธได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ประสิทธิผลของสติบำบัด (MBCT) ในการลดความก้าวร้าวของบุคคลที่ศูนย์เยาวชนและแก้ไขฟื้นฟูเด็กและเยาวชน พบว่า การฝึกสติบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีนัยสำคัญ (Milani, Nikmanesh, & Farnam, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาการฝึกสติเพื่อลดความโกรธความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพบว่าโปรแกรมการฝึกสติสามารถลดระดับความโกรธ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ (Alberto, Clemente, María, Jose, & Isabel, 2015)

3. คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 3 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากสุขภาวะตามแนวคิดสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ กล่าวว่า การสร้างสุขภาวะที่ดีต้องอาศัย ปัญญา คือ การรู้ถึงความคิด เกิดความเข้าใจเหตุแห่งปัญหา การเห็นทางที่จะจัดการแก้ปัญหา การไม่ยึดติดในความคิด ร่วมกับการพัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ ให้เกิดความเมตตา ความมีสติ มีสมาธิ และการพัฒนาด้านสังคม อยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยพฤติกรรมที่ดีงาม จะทำให้เกิดความสงบ ความผ่อนคลาย ลดความวุ่นวาย ซึ่งก่อให้เกิดสุขภาวะที่แท้จริงได้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ฝึกหัด พัฒนา ครอบคลุมถึงการพัฒนาสุขภาวะทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมนี้ได้แก่ 1) ให้สมาชิกได้เรียนรู้การคิดทบทวนและเข้าใจสาเหตุของความโกรธ 2) รับรู้ถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธและแสดง

พฤติกรรมก้าวร้าว 3) การฝึกสมาธิ 4) การฝึกสติบำบัด 5) การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวก 6) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนใกล้ชิด 7) การสื่อสารด้วยสติ และ 8) รักตนเองรักผู้อื่น ให้รู้จักการให้อภัยเมตตาต่อตนเอง ผู้อื่น และสรรพสิ่งต่างๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีสุขภาวะดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของแพทริเซีย, นาดาฟ และอีโลนา (Patrizia, Nadav, & Ilona, 2008) พบว่า การสอนสติบำบัดให้กับนักเรียนสามารถเสริมสร้างความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีได้ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 3 เดือนกับหลังการทดลอง 1 เดือน มีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ นี้สามารถใช้ได้จริงในวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ดำเนินชีวิตตามวิถีไทยพุทธ ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังมีสุขภาวะในชีวิตที่ดีต่อเนื่องหลังการติดตามผล 3 เดือนเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ สามารถลดอาการทุกข์ใจ เพิ่มความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพในการควบคุมตนเองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกบุคคล รวมทั้งสามารถเพิ่มการคิดไตร่ตรอง เกิดการตระหนักรู้ในความเป็นจริงและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ช่วยลดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ รวมทั้งแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ดีขึ้น (Adele & Feldman, 2004) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และมีสุขภาวะในชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว (กงจักร สองลา, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2557)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการ ควรกำหนดรูปแบบและนโยบายการดูแลฟื้นฟูและเตรียมความพร้อม

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนที่เป็นระบบชัดเจนทั้งระบบของโรงพยาบาล

2. ด้านการจัดบริการควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในการฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามการแสดงความโกรธและสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กัจจกร สองลาและเพ็ญพักตร์ อุทิศ.(2557).ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกลอยจากแอลกอฮอล์ ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 75-89.

กรมสุขภาพจิต. (2558). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558*. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์.

กรรมิกาชอบน้ำ.(2555). *การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กัญญาวรรณ ระเบียบ, อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, และรัตนศิริ ทาโต. (2556). ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 69-83.

ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิการพิมพ์.

ทักษิณ วงศ์สุวรรณ.(2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการศึกษา, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปริดาเอกวานิช.(2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในชุมชนจังหวัด สุราษฎร์ธานี*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

พิมพ์ชนา สิริเหมอนันต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, และอติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 235-248.

พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความก้าวหน้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย

- เกษตรศาสตร์.
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2560). *สถิติผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประจำปี 2557-2559*. สุราษฎร์ธานี.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ อุดมการณ์ และ ยุทธศาสตร์ทางสังคม*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิสูตร บุญญะโสภิต. (2557). *บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review): สุขภาวะองค์กรร่วมแนวพุทธ (พิมพ์ครั้งที่ 33)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พลัมม.
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2557). *สร้างสุขด้วยสติ ในองค์กร (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: บียอนด์พับลิชชิง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adele, M. H., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.
- Alberto, A., Clemente, F., María del, C., Jose, J. G., & Isabel, M. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-7.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic sand beyond*. New York: The Guilford Press.
- Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L., & Chou, K. R. (2003). Effectiveness of the anger – control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. *Archive of Psychiatric Nursing*, 17, 88-95.
- Davis, L. & Kurzban, S. (2012) Mindfulness-Based Treatment for People with Severe Mental Illness: A Literature Review. *American Journal of Psychiatry*, 15(2), 202-232.
- Dupuy, H. J. (1977). *The general well-being schedule*. In F. McDowell & C. Newell (Eds.), *A Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (p. 125). New York: Oxford University Press.
- Glancy, G., & Saini, M. A. (2005). An evidence-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treatment and crisis Intervention*, 5(2), 229-248.
- Hagiliasis, N., Gulbenkoglul, H., Dimarco, M., Young, S., & Hudson, A. (2005). The anger management project: A group intervention for anger in people with physical and multiple disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30(2), 86-96.
- 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(60), 1045-1053.
- Milani, A., Nikmanesh, Z., & Farnam, A. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in reducing aggression of individuals at the Juvenile Correction and Rehabilitation Center.

- International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 2(3), 126–131.
- Novaco, R. W. (1975). The Cognitive regulation of anger and stress. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral intervention: Theory research and procedures*. PA: Mosby.
- Patrizia, C., Nadav, A., & Ilona, B. (2008). Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of mindfulness and subjective well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 323-336.
- Rossi, A. M., Jacobs, M., Monted, M., Olsen, R., Subber, R. W., Winkler, E. L., et al. (1986). Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive of other fearing reducing behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(4), 154-60.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Spieberger, C. D., Reheiser, E. C., & Sydeman, S. J. (1995). Measuring the experience, expression, and control of anger. In H. Kassinove (Ed.), *Anger disorder: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 49-67). Washington, D.C: Taylor & Francis.
- Steven, W., Andrew, D., & Kevin, H. (2009). Aggressive and violent behavior. *Science Direct*, 14(5), 273-432.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.