

DEVELOPMENT OF A COMBINED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND SELF - CONTROL PROGRAM FOR PSYCHIATRIC PATIENTS HAVING VIOLENT BEHAVIORS

Anchalee Wijitphanya, RN, M.N.S., Nuttaphat Suntarowit, M.N.S., APN***

*Mayuree Klubwong, RN, Ph.D.***, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.*****

Abstract

Objective: 1) to develop a combined cognitive behavior therapy and self-control program for psychiatric patients having violent behaviors and 2) to investigate effects of the program developed.

Methods: This study was a research and development (R&D). The major steps involved the situation analyses, developing the program and testing the effectiveness of the program developed. Purposive sampling was used to select the subjects according to the inclusion criteria. The subjects were 50 psychiatric patients having violent behaviors, 25 for an experimental group receiving the program and 25 for a control group receiving routine nursing care. The research instruments consisted of 1) The combined cognitive behavior therapy and self - control program for psychiatric patients having violent behaviors, 2) thoughts and emotions on violent behavior questionnaire, 3) self - control inventory, 4) violence assessment scale, and 5) the questionnaire for assessing nurses' perception of the program benefit. All instruments were validated for content validity by 3 experts. The 2nd - 5th instruments had reliability with Cronbach's alpha coefficient equal to .70, .71, .88, and .76 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Fisher's exact test, Chi-square test, independent t - test, and repeated measures ANOVA.

Results: The results revealed as the follows: 1) The combined cognitive behavior therapy and self-control program for psychiatric patients having violent behaviors comprised of five sessions conducting as a therapeutic group in the hospital for a period of one week. The Item Objective Congruence (IOC) of the program was 1. The nurses' perception of the program benefit on very benefit to most benefit was 90.57 percent. 2) Results from repeated measures ANOVA showed that the mean scores of the thoughts and emotions on violent behavior, self-control, and violent behavior were statistically significant differences between experimental and control groups ($p < .001$) and the mean scores of the 3 variables between before experiment, immediately after experiment, and 1 month after the experiment were statistically significant differences ($p < .001$). Multiple comparison analysis showed that the mean scores of the thoughts and emotions on violent behavior and violent behavior immediately after the experiment and 1- month follow - up period were statistically significantly lower than those before the experiment. Additionally, the mean scores of the self - control immediately after the experiment and 1- month follow - up period were statistically significantly higher than that before the experiment.

Conclusion: The combined cognitive behavior therapy and self - control program for psychiatric patients having violent behaviors could improve the thoughts and emotions on violent behavior, self - control, and violent behavior. The program should be considered as an alternative for nursing intervention in the service system in psychiatric patients having violent behaviors.

Keywords: violent behavior, psychiatric patients, CBT, self - control

**Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: anchalee2655@gmail.com*

***Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

****Lecturer, Faculty of Nursing, Watcharapol Campus, Western University*

*****Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received: 30 January 2021, Revised: 16 April 2022, Accepted: 21 April 2022

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ การฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

อัญชลี วิจิตรปัญญา, พย.ม.*, ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, พย.ม., วพย.**,
มยุรี กลั้ววงษ์, พว., วท.ค.***, พัทรินทร์ นันทจันทร์, RN, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฯ

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาโปรแกรม ฯ และการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 25 คนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2) แบบประเมินความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง 3) แบบประเมินการควบคุมตนเอง 4) แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง และ 5) แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือลำดับที่ 2 – 5 เท่ากับ .70, .71, .88, และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย การทดสอบของฟิชเชอร์ การทดสอบไคสแควร์ สถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1 และผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ระดับมาก - มากที่สุด ร้อยละ 90.57 2) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : โปรแกรมฯ มีผลให้ความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางการพยาบาลที่จะนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

คำสำคัญ : พฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตเวช การปรับความคิดและพฤติกรรม การควบคุมตนเอง

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, e-mail: anchalee2655@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

****รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 30 มกราคม 2564, วันที่แก้ไข: 16 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงการกระทำใด ๆ ของตนเองอย่างจริงจังด้วยการใช้กำลังวาจาข่มขู่ หรือใช้อำนาจคุกคาม ที่มีเจตนามุ่งหวังให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ ตาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือความเสียหายแก่บุคคล รวมถึงทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (Harwood, 2017) ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรง อาจเกิดจากความเชื่อที่ผิดว่าการกระทำรุนแรงเป็นวิธีการแก้ปัญหา หรือการใช้อำนาจข่มขู่ผู้ที่ด้อยกว่า หรือการถูกปลุกฝังมาตั้งแต่เด็ก การขาดความอบอุ่น การอบรมสั่งสอน การเลียนแบบจากบิดามารดาและสื่อ การระบายความเครียดโดยใช้ความรุนแรงกับคนที่ด้อยอำนาจกว่า หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีประวัติขาดการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เคยก่อความรุนแรงมาก่อน มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พยายามฆ่าตัวตาย การเลียนแบบพฤติกรรมที่รุนแรงรวมถึงสัมพันธภาพที่ไม่ดี การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ใช้ความรุนแรง การใช้สุราและสารเสพติดขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาการเจ็บป่วย ขาดความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และขาดการควบคุมตนเอง จึงใช้การแก้ปัญหาด้วยวิธีรุนแรง (นันทวัช สิทธีริักษ์ และคณะ, 2559; รัชมิแสงหนูเป็นน้อย, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2561; Choe, Teplin, & Abram, 2008; Fisher, 2016; Iozzino et al., 2015; Rueve & Welton, 2008) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มี

พฤติกรรมรุนแรงมักอยู่ในภาวะที่ถูกกักตุน ได้รับการรบกวนทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธ และแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา ด้วยการคำทอ พุดเสียดสี ขู่ทำร้าย ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก พบได้ร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Iozzino et al., 2015) และร้อยละ 12 - 20 มีประวัติกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (Walsh et al., 2003) โดยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้อื่นมากเป็น 2 - 6 เท่าและเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้อื่นมากเป็น 2 - 8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต (Rao et al., 2010) และพบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชจะพบได้สูงสุดช่วงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือในระยะที่มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง และในช่วง 10 สัปดาห์แรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Rueve & Welton, 2008) เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงย่อมส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ หรือเกิดความสูญเสียทรัพย์สิน งบประมาณในการรักษาพยาบาล ทัศนคติต่อการทำงานที่ไม่ปลอดภัยต่อคุณภาพชีวิตเจ้าหน้าที่ (บุปผา รุ่งเรือง และสายชล ยุบลพันธ์, 2558) สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยลดลง (Needham et al., 2005) เพิ่มความหวาดกลัวให้กับสังคม ส่งผลต่อทัศนคติเชิงลบในผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น (ปัญญา ทองทัฬ และกฤติยา

แสงเจริญ, 2556)

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์พบว่า มีสภาพปัญหาที่มีความใกล้เคียงกับปรากฏการณ์ข้างต้น โดยในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบมีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 7,546 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (violent behaviors) 7,031 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.17 ของผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด อาการสำคัญที่นำมาับการรักษา คือ ทำลายสิ่งของ คิดเป็นร้อยละ 63.56 (4,796 ราย) รองลงมาคือ ทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 26.33 (1,987 ราย) และทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3.28 (248 ราย) ตามลำดับ และในผู้ป่วยจำนวนเดียวกันนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) จำนวน 344 ราย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรง พบว่า ร้อยละ 33.72 (116 ราย) ควบคุมตนเองไม่ได้ ร้อยละ 29.65 (102 ราย) คิดทำร้ายผู้อื่น/ทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 17.73 (61 ราย) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.43 (29 ราย) สามารถเข้าถึงอาวุธได้ง่าย ร้อยละ 6.98 (24 ราย) มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 3.49 (12 ราย) การหยั่งรู้ผิดปกติ และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากพฤติกรรมรุนแรง ระดับปานกลาง (moderate risk) จำนวน 34 ครั้ง (ร้อยละ 47.22) ระดับสูง (high risk) จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.39) โดยผู้ป่วยที่ก่อความรุนแรงตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กระทำรุนแรงด้วยการทำร้ายผู้อื่น จำนวน 55 ราย ทำร้ายเจ้าหน้าที่ จำนวน 15 ราย และทำร้ายตนเอง จำนวน 11 ราย (กลุ่มภารกิจ

การพยาบาล, 2562) และข้อมูลจากการทบทวนบันทึกทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรุนแรงในระยะ 5 - 10 วันแรกที่เข้ามารับการรักษา สาเหตุเนื่องมาจากการที่รู้สึกถูกละเมิดหรือถูกผู้อื่นพุดจาเหยียดหยาม มีการรับรู้ อารมณ์ ความคิด บกพร่อง และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงทำให้แสดงอารมณ์โกรธจนเฉียว ขาดความยับยั้งชั่งใจ จนกระทั่งกระทำความรุนแรงด้วยการทำร้ายให้ผู้อื่นบาดเจ็บและเกรงกลัว

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงที่อยู่ระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการกระทำรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 2 คน กระทำรุนแรงต่อผู้อื่นหรือทรัพย์สิน จำนวน 3 คน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีประวัติได้รับการเลี้ยงดูที่ขาดความอบอุ่น บางรายพ่อแม่แยกทางกัน บิดาหรือมารดาเสียชีวิตแล้วมีครอบครัวใหม่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูจากปู่ย่าตายาย ลุงป้า น้าอา ผู้ป่วยบอกเล่าด้วยสีหน้า แววตาที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเศร้ามาก ว่า “ที่ผ่านมามีความคิดอยู่เสมอว่า ทำไมพ่อแม่ถึงไม่อยู่ด้วยกันและเลี้ยงดูผม” ส่วนใหญ่ของชีวิตจะรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวมาก บางครั้งรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ชีวิตนี้ไม่มีใครต้องการ ไม่มีใครรัก นอกจากนี้ยังรับรู้่ว่าชีวิตตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีความภาคภูมิใจเป็นคนไม่ดีในสายตาของพ่อหรือแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดู ผู้ป่วยทุกรายบอกว่า รู้สึกเครียด หงุดหงิด ทุกข์ใจ เนื่องจากน้อยใจ พ่อหรือแม่ หรือคนที่ตนรัก จึงดื่มสุราร่วมกับการเสพยาบ้า ส่งผลให้ผู้ป่วยกระทำความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน โดยขณะที่

ทำผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รู้เพียงแต่ว่าต้องทำตามทีเสียงสั่งให้ลองกรีดข้อมือ แทะหน้าอกตัวเอง บางรายมีภาพหลอน หรือหวาดระแวงกลัวคนวางยาพิษ บางรายทำโดยไม่มีเสียงสั่งแต่บอกไม่ได้ว่าทำไปเพราะอะไร เช่น ตั้งใจขับรถมอเตอร์ไซค์ชนเสาไฟฟ้าจนได้รับบาดเจ็บ กระชกขาท่อนล่างหัก หรือเผาเสื้อผ้าตัวเองอยู่ภายในบ้านจนได้รับความเสียหาย ฯลฯ ขณะทำควบคุมตัวเองไม่ได้ และไม่ได้คิดว่าจะเกิดผลเสียหายตามมาอย่างไรจากการกระทำของตัวเอง ส่วนกรณีผู้ป่วยที่กระทำรุนแรงต่อผู้อื่นจนกระทั่งผู้ถูกกระทำเสียชีวิต เล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยเดินผ่านบ้านคู่กรณี ขณะนั้นมีเสียงสุนัขในบ้านเห่าเสียงดัง (จากข้อมูลผู้ป่วยได้ขโมยไก่ของบ้านคู่กรณี) แต่ก็ยังคงเดินตามถนนต่อไปเรื่อย ๆ ต่อมาคู่กรณีขับรถมอเตอร์ไซค์ตามมา และลงจากรถมาใช้ท่อนเหล็กกลม ความยาวประมาณ 2 ศอก ฟาดมาที่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงยกแขนขึ้นรับเพื่อไม่ให้คู่กรณีตีศีรษะของตนเอง และใช้มีดยาวประมาณ 1 กีบแทงไปที่หน้าอกด้านซ้ายบริเวณหัวใจของคู่กรณี 1 ครั้ง ผู้ป่วยบอกว่า คิดว่าคู่กรณีไม่น่าจะตาย แต่ตำรวจบอกว่าคู่กรณีตาย และเมื่อถามถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่กระทำลงไป ผู้ป่วยนั่งนิ่งอยู่ครู่หนึ่งแล้วบอกว่า “เขาพูดเสียงดัง โวยวายหาว่าผมขโมยไก่ที่เขาเลี้ยงไว้ แล้วมาทำผมก่อน ผมต้องได้ตอบ และก็ไม่รู้สึกอะไรที่แทงไปเพราะ คนเรากำลังจะทำอะไรก็ต้องทำ” (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563) (กลุ่มภารกิจการพยาบาล, 2563)

จากข้อมูลสภาพปัญหาที่พบข้างต้นชี้ให้เห็นถึงปรากฏการณ์ความเสี่ยงสำคัญต่อการ

กระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบ โดยคิดว่าชีวิตนี้ไม่มีใครต้องการ ชีวิตไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่มีความภาคภูมิใจ เป็นคนไม่ดีในสายตาของพ่อหรือแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดู รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ผลที่มีความคิดด้านลบทำให้รู้สึกเครียด น้อยใจ หงุดหงิดทุกข์ใจ ไม่มีความสุข และจัดการกับความรู้สึกด้านลบด้วยการดื่มสุราร่วมกับการเสพยาบ้า ผู้ป่วยจึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และไม่ได้คิดว่าจะเกิดผลเสียหายตามมาอย่างไรจากการกระทำของตน รู้เพียงแต่ว่าต้องกระทำตามความรุนแรงตามที่ตนต้องการ หรือต้องทำตามทีเสียงสั่งเท่านั้น ซึ่งปรากฏการณ์ที่พบข้างต้น อาจจะอธิบายได้ว่าปัญหาการกระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะต่าง ๆ มีปัจจัยสาเหตุสำคัญจากการมีความคิดด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือนและความบกพร่องในการควบคุมตัวเอง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าความคิดในทางลบหรือความคิดที่บิดเบือน มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (Beck, 1999; Milner & Webster, 2005) และพบว่าการควบคุมตัวเอง (self-control) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (Agbaria & Natur, 2018; Chen et al., 2019; Gavriel-Fried et al., 2018; Larson et al., 2014; Pechorro et al., 2021; Xie et al., 2020) นอกจากนี้พบข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแสดงออกที่เหมาะสม (ชุมทรัพย์ ก้อนทอง และคณะ, 2559; Smeets et al., 2015) และมีการศึกษา

การใช้แนวความคิดการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ พบว่ามีผลให้การพัฒนาทางอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง (มะลิ แสวงผล, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสุนิสา สุขตระกูล, 2558; Okuda et al., 2017)

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง นับเป็นภาวะเร่งด่วนที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอย่างทันทั่วทั้งก่อนที่จะลุกลามไปถึงขั้นเกิดความรุนแรงต่อตนเอง คนรอบข้างและทรัพย์สิน (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2556) การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง/ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงนั้นมีเป้าหมายสำคัญ ก็คือ การป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (remission) กำเริบซ้ำ (relapse) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างเหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2563; เครือวัลย์ ศรียารัตน์, 2558) การให้การดูแลดังกล่าวมี วิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนความก้าวหน้าขององค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลในประเทศ คือ ฐานข้อมูล ThaiJo, Google scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ ผู้ป่วยจิตเวช พฤติกรรมรุนแรง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการควบคุมตนเอง และจากฐานข้อมูลต่างประเทศ คือ PubMed, Google scholar และ ดิพม์พระหว่างปี 2009 - 2019 ใช้คำค้น psychiatric patients, schizophrenia, depression,

violent behaviors, aggression, cognitive behavior therapy, self - control ผลจากการสืบค้นพบ การศึกษาของ Haddock et al. (2009) ซึ่งเป็น การศึกษาแบบ a single - blind randomised controlled trial เปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) กับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคม (social activity therapy) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยได้เมื่อเทียบกับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคม ทั้งช่วงการรักษา (over the treatment) และระยะติดตามผล (follow - up period) และพบว่า การบำบัดด้วย CBT ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรง จากการศึกษาของ Wilson, Barton, & Maguire (2011) ที่ใช้การบำบัดด้วย CBT ระยะสั้นในหอผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง พบว่าหลังให้การบำบัดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Kim et al. (2014) ซึ่งศึกษาแบบ A Case - Controlled Study ในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติอาชญากรรม พบว่าหลังการบำบัดช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการควบคุมตนเอง นั้นมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาปริญญาตรีที่พบว่า การฝึกการควบคุมตัวเอง (self - control training) ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ที่มีบุคลิกลักษณะที่มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวสูง (high in trait aggression) และยังพบว่าเมื่อได้รับ

ข้อมูลย้อนกลับในเชิงลบประมาณหรือการดูหมิ่น (insulting feedback) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอาการโกรธน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Denson, Capper, Oaten, Friese, & Schofield, 2011) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง (self-control) ก็พบว่าบุคคลที่มีการควบคุมตัวเองต่ำ (low self-control) มีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าบุคคลที่มีการควบคุมตัวเองสูง (high self-control) (Larson et al., 2014) การควบคุมตนเองต่ำเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมรุนแรง (Brown et al., 2019; Ozbay & Koelfksoy, 2009; Schreck et al., 2021)

จึงอาจกล่าวได้ว่าการประยุกต์แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ที่มุ่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการตอบสนองตอบ หรือปรับเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยที่มีความคิดบิดเบือน (Beck & Rector, 2005) ขณะเดียวกันการฝึกให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ก็น่าจะส่งผลให้การแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งแนวความคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control) อธิบายไว้ว่า เป็นการกระทำที่ใช้กระบวนการคิดอย่างมีจุดมุ่งหมายหรือตั้งใจ ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ประกอบด้วย การควบคุมตนเองในลักษณะที่ทำให้สภาพของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามปกติ และการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำหรือ

พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดผลเสียกับร่างกาย โดยการกระทำที่ถูกต้องมาแทนที่ (Rosenbaum, 1990) จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck & Rector, 2005) ร่วมกับแนวความคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) น่าจะสามารถช่วยให้ความคิดที่บิดเบือนและการควบคุมตนเองในการแสดงพฤติกรรมรุนแรง เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างเหมาะสมได้

ในทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น โรงพยาบาลจะให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน ตั้งแต่ระยะแรกรับระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยการดูแลเป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล กิจกรรมการดูแลประกอบด้วย การให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางสังคมจิตใจ การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา และกลุ่มบำบัดการจัดการกับความโกรธ จะเห็นได้ว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของบุคลากรพยาบาลในช่วงที่ผ่านมายังมิได้มีการบำบัดเพื่อจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือความคิดที่บิดเบือนและการควบคุมตนเองอย่างเหมาะสม และเมื่อทำการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ก็พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมดเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มี

พฤติกรรมรุนแรง แต่ยังประเมินปัจจัยเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงได้ไม่ครอบคลุม ระบุได้เพียงว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ถูกกระตุ้นได้ง่าย เช่น แสบผู้ป่วยเดินผ่านกัน มองหน้ากัน แล้วรู้สึกไม่พอใจ ไม่ถูกชะตา ก็คำทอ หรือตบตีกันได้ หรือผู้ป่วยบางรายบอกว่าไม่รู้ตัว จำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้น ควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นต้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้การพยาบาลด้วยการลดสิ่งกระตุ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต การจำกัดพฤติกรรม การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา และจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยพลังด้วยการให้ใช้แรงในการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย รวมถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการกระทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ แต่ยังขาดการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ไม่ให้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นและยากที่จะควบคุมตนเองได้ จนมีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ และจากศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำก็พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วยพฤติกรรมรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 80.56 ด้วยการใส่คำพูดที่รุนแรง คำทอ ทูบทำลายข้าวของ ถี้อาวุธและจะจะทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ มีบางรายทำร้ายตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับยาที่มีขนาดเพิ่มสูงขึ้นจากที่เคยได้รับ ร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า (กรณีการ ชื่นสมบัติ, 2562; อดิศักดิ์

ชัยศิริ, 2562) ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (length of stay [LOS]) โดยมีระยะวันนอนเกิน 21 วัน ร้อยละ 23.61 (กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล, 2564) จากปรากฏการณ์ที่พบแสดงให้เห็นถึง ปัญหาของกระบวนการบำบัดที่มุ่งเน้นการจัดการพฤติกรรม ยังไม่มีกระบวนการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเวชควบคุมตนเอง เพื่อเป็นการลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการกำกับดูแลคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยประยุกต์แนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ร่วมกับแนวความคิดควบคุมตนเอง (Self-control) และข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมตลอดจนการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ที่นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อันจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

2. ผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอย่างไร

3. ผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปใช้ในการปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดย

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ความสามารถในการควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างระยะก่อนการ

ทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปใช้

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) ประกอบด้วยการดำเนินงานใน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพปัญหา และประเมินความต้องการ/จำเป็น

การวิเคราะห์ความต้องการด้านพฤติกรรม

รุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวช และความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้มารับบริการด้วยอาการสำคัญในการนำส่งโรงพยาบาล ทบทวนสถิติการรับบริการแบบรับไว้รักษาผู้ป่วยใน ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2560 - 2562 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเวช 15 คน 2) พยาบาลจิตเวช จำนวน 15 คน โดยใช้แนวคำถามหลักเกี่ยวกับ การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง นำมาวิเคราะห์ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

2. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดโครงสร้างหัวข้อ ความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วน และจัดทำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck & Rector, 2005) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990)

3. การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการบำบัดทาง

ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเอง เพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเนื้อหาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยจำนวน 5 กิจกรรม คือ 1) รับรู้และยอมรับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและผลกระทบของการเจ็บป่วยที่ตามมา 2) รับมือกับความคิดอัตโนมัติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เท่าทันถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และค่านิยม ความคิดอัตโนมัติทางลบได้ 3) ขอเพียงแค่นี้...เข้าใจตัวเอง เพื่อผู้ป่วยได้มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย 4) เกิดขึ้นได้ ก็แก้ไขได้ ช่วยให้ผู้ป่วยประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น นำมาใช้ในการควบคุมตนเอง 5) เตือนตัวไว้...ไม่ให้ลืม เพื่อให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย

4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการและประเมินผล

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ครั้งที่ 1 ได้เท่ากับ 0.67 - 1

หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วคำนวณค่า IOC ครั้งที่ 2 ได้เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเอง และจัดทำเป็นโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ปรับเนื้อหากิจกรรมตามข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ไปทดลองใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในหอผู้ป่วย

5. สรุปผล

สรุปผลการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และจัดทำเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์

6. การเผยแพร่และขยายผล

หลังสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเผยแพร่ และดำเนินการขยายผลโดย จัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ออกแบบหลักสูตรการอบรม และนำไปบูรณาการกับระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงภายใต้การนำของทีมงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

ประชากรเป้าหมาย (target population)
ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลย

ราชนครินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงเดือน สิงหาคม - กันยายน 2563 จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน

เกณฑ์คัดเข้า

ก. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช และมารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

ข. มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนนำส่ง เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ

ค. ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมองจากการประเมินด้วย MMSE ก่อนเข้ากลุ่มต้องมีคะแนน ≥ 14 คะแนนขึ้นไป

ง. อาการทางจิตสงบจากการประเมินด้วย BPRS ก่อนเข้ากลุ่มมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน (โดยข้อ 6, 7, 8, 18 ต้อง ≤ 2 คะแนน)

จ. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

ฉ.ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ก.ป่วยเป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา เช่น stroke

ข. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย

ค. ผู้ป่วยหรือญาติขอยกเลิกจากการทดลองในระหว่างการบำบัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่า effect size จากผลงานวิจัยที่ผ่านมา (Haddock et al., 2009; Wilson, Barton, & Maguire,

2011; Kim et al., 2014) ได้ medium effect size กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้สถิติ repeated measures ANOVA ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 19 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา ซึ่งอาจมีการถอนตัวหรือเข้าร่วมการศึกษาไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนขนาดที่ใช้ในการศึกษา อีกร้อยละ 30 (จรนิต แก้วกังวาน และประตูป สิงหวิวัฒน์, 2554) รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ กลุ่มละ 25 คน รวมเป็น 50 คน

การเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเพื่อเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (contamination) สัปดาห์ที่ 1 เดือนสิงหาคม 2563 จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลา 13.30 - 14.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ เลขที่เลขที่ 1/62 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2562 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่

ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การขอความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยตามกระบวนการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นการบูรณาการกลยุทธ์ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) (Beck & Rector, 2005) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control: SC) (Rosenbaum, 1990) ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินการกลุ่มระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จำนวนสมาชิกกลุ่มที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มละ 6 - 8 คน ผู้บำบัดหลักคือ เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีทักษะการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ โดยการผ่านการอบรมด้วยโปรแกรมฯ และได้รับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี ผู้ช่วยผู้บำบัดคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชมากกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์การดำเนินกิจกรรมกลุ่มในผู้ป่วยจิตเวช การดำเนินการจัดทำเป็นกลุ่มบำบัด โดยที่โปรแกรมนี้มีเป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัดในแต่ละกิจกรรม แสดงในตารางที่ 1

2. แบบประเมินความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 1: รับรู้และยอมรับตนเอง	เป้าหมาย: ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและผลกระทบในการเจ็บป่วยที่ตามมา กลยุทธ์ SC: - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกต่อเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและผลกระทบในการเจ็บป่วยที่ตามมา - ตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกได้มีการทบทวนถึงพฤติกรรมที่มีต่อเหตุการณ์ที่ผ่านมา - การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น - แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเองกับพฤติกรรมรุนแรง และการดูแลตนเอง
ครั้งที่ 2: รับมือกับความคิดอัตโนมัติ	เป้าหมาย: ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เท่าทันถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบได้ กลยุทธ์ CBT: - ตั้งคำถามให้สมาชิกได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ - ตั้งคำถามให้สมาชิกทบทวนความคิด ความรู้สึก ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง - สรุปวงจรการเกิดเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม - ชี้ให้เห็นความคิดอัตโนมัติและฝึกการจับความคิดอัตโนมัติ กลยุทธ์ SC: - สสำรวจประสบการณ์พฤติกรรมรุนแรงของตนเอง เกิดการตระหนักรู้เท่าทันถึงอารมณ์
ครั้งที่ 3: ขอเพียงแค่...เข้าใจตัวเอง	เป้าหมาย: ผู้ป่วยได้มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย กลยุทธ์ CBT: - แลกเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติต่อสถานการณ์ - ฝึกการจับความคิดอัตโนมัติ - การเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง กลยุทธ์ SC: - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ความคิดและการเตือนตนเองในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย - ตั้งคำถามให้สมาชิกแยกแยะระหว่างความคิด ความรู้สึก ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ต่อ)

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 4: เกิดขึ้นได้ ก็แก้ไขได้	เป้าหมาย: การประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น นำมาใช้ในการควบคุมตนเอง กลยุทธ์ SC: - ยกตัวอย่างสถานการณ์ความรุนแรงให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงการประเมินทางเลือกและการคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดตามมา - ฝึกการพิจารณาและหาเหตุผล รวมทั้งการไม่ทำตามใจตนเอง และสามารถควบคุมความต้องการของตนเองได้ กลยุทธ์ CBT: - การให้สมาชิกเลือกวิธีการคิดแบบอื่น ร่วมกับการสังเกตความรู้สึกของตนเองใหม่ - ฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการฝึกการรับรู้ลมหายใจ
ครั้งที่ 5: เตือนตัวไว้...ไม่ให้ลืม	เป้าหมาย : การตั้งเป้าหมายในการลงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเองในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย กลยุทธ์ SC: - สรุปบทบทจนถึงผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาดำเนินการพฤติกรรมรุนแรง - แลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาในอดีต ถึงข้อดีและข้อเสีย รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเอง - ให้สมาชิกร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

Beck and Rector (2005) เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง โดยเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ 2,4,6,8 และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 8 ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยข้อความทางลบหากตอบเป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด = 4 คะแนน เป็นจริงในเรื่องนั้นมาก = 3

เป็นจริงในเรื่องนั้นปานกลาง = 2 เป็นจริงในเรื่องนั้นน้อย = 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 14 – 21 หมายถึง มีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 22 หมายถึง มีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง แบบประเมินนี้ได้รับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .703. แบบประเมินการควบคุมตนเอง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการควบคุมตนเอง แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด เป็นจริงในเรื่องนั้นมาก เป็นจริงในเรื่องนั้นปานกลาง เป็นจริงในเรื่องนั้นน้อย โดยเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 6, 9 และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 5, 7, 8, 10 โดยข้อความทางบวกหากตอบเป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด = 4 คะแนน เป็นจริงในเรื่องนั้นมาก = 3 เป็นจริงในเรื่องนั้นปานกลาง = 2 เป็นจริงในเรื่องนั้นน้อย = 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 19 หมายถึง มีการควบคุมตนเองระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 20 – 28 หมายถึง มีการควบคุมตนเองระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 29 หมายถึง มีการควบคุมตนเองระดับสูง แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71

4. แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบท (กรมสุขภาพจิต, 2563; ศรีนุช ราษฎร์คุชิต, มรรยาท รุจิวิษญ์, และ

เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2557; หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทงค์, และจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, 2559; Scott & Resnick, 2006; Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 12 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ แสดงพฤติกรรมนั้นน้อยหรือไม่แสดง แสดงพฤติกรรมนั้นปานกลาง แสดงพฤติกรรมนั้นมาก แสดงพฤติกรรมนั้นมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 16 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมระดับรุนแรงเล็กน้อย 16 – 30 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมระดับรุนแรงปานกลาง มากกว่า 30 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมระดับรุนแรงมาก แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

5. แบบประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) เพื่อใช้ในการประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมไปใช้ มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ 1 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์น้อยที่สุดหรือไม่มีประโยชน์เลย 2 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์น้อย 3 = รับรู้โปรแกรมฯ

มีประโยชน์ปานกลาง 4 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์มาก 5 = รับรู้โปรแกรมฯ มีประโยชน์มากที่สุด แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย
2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's exact-test และ Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และการควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง และในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Fisher's exact- test และ Chi-square Test พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้ง

ในการนอนโรงพยาบาล และประวัติพฤติกรรมรุนแรงก่อนนำส่งโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าสถิติ = 1.00, 6.27, .22, 6.92, 6.27, และ 3.18; $p = .50, .99, .89, .14, .99$ และ .20 ตามลำดับ)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

3. การการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

- 3.1 คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.15, p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 111.79, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.14, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (25 คน)	กลุ่มควบคุม (25 คน)	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
คะแนนของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง				
ก่อนการทดลอง	21.92 (3.35)	21.48 (3.22)	.47	.64
คะแนนการควบคุมตนเอง				
ก่อนการทดลอง	18.24 (3.14)	18.68 (3.57)	-.46	.33
คะแนนพฤติกรรมรุนแรง				
ก่อนการทดลอง	33.44 (1.36)	33.24 (1.56)	.48	.31

3.2 คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.93, p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 150.18, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.21, p < .001$)

3.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 51.26, p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 698.25, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มกับ

ระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 80.95, p < .001$) ดังตารางที่ 3

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni Correction ดังนี้

4.1 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงในระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4 และภาพที่ 1)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

แหล่งที่มา	ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง					การควบคุมตนเอง					พฤติกรรมรุนแรง				
	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม															
กลุ่ม	62.7	1	62.7	2.1	<.001	1892.3	1	62.7	2.1	<.001	748.2	1	748.2	51.26	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1402.8	48	29.2			1268.9	49	29.2			700.6	48	14.6		
ภายในกลุ่ม															
ระยะเวลา	1064.7	2	644.2	112	<.001	3161.2	1.1	2821	150.2	<.001	11705.1	2	5852.5	698.3	<.001
กลุ่ม X เวลา	77.5	2	46.9	8.1	<.001	404.4	1.1	360.8	19.2	<.001	1356.9	2	678.5	80.95	<.001
ความคลาดเคลื่อน	457.1	79	5.8			1010.4	54	18.7			804.6	96	8.4		

SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

4.2 การควบคุมตนเอง คะแนน

เฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะติดตามผล 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4 และภาพที่ 2)

4.3 พฤติกรรมรุนแรงคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมรุนแรงระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4 และภาพที่ 3)

5. การรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ระดับมาก - มากที่สุด ร้อยละ 90.57 และพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่าเนื้อหาของโปรแกรมมีการเรียงลำดับจากง่ายไปหายาก ซึ่งเนื้อหา มีความชัดเจน เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน เวลาในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม ซึ่งสามารถนำแนวทางปฏิบัตินี้ไปปรับใช้ในหน่วยงานได้

การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนามาจากการวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก การสัมภาษณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรงขณะที่รู้สึกโกรธหรือโมโหหรือไม่พอใจโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น และทำร้ายตนเอง เมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าเหตุที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากมีกระบวนการความคิดต่อการแสดงออกยังไม่เหมาะสมรวมทั้งไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทีมผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัด ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (Beck, & Rector, 2005) และแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-Control) (Rosenbaum, 1990) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 หลังจากผู้วิจัยดำเนินการปรับเนื้อหาโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำกิจกรรมกลุ่มบำบัดดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มละ 6 - 8 คน ทำกิจกรรมกลุ่มทุกวันจันทร์ - ศุกร์ ครั้งละ 60 นาที ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

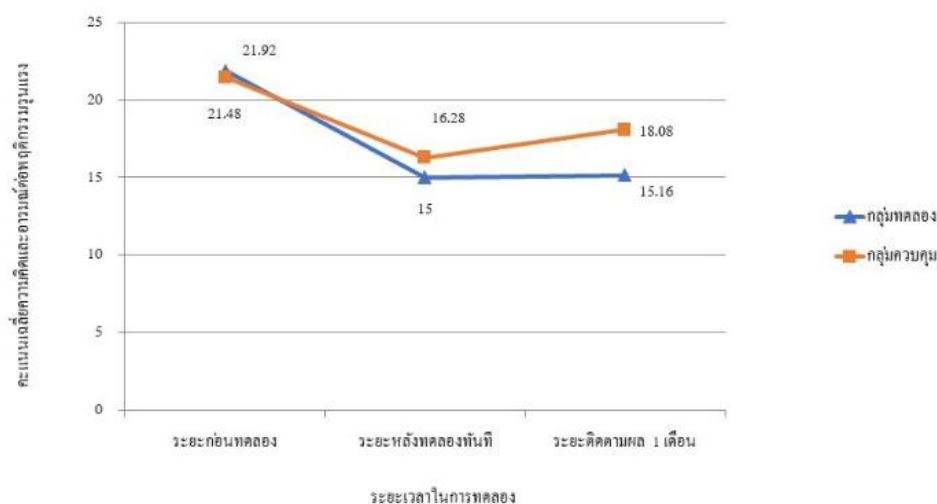
เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ ผลการประเมินการรับรู้ต่อประโยชน์ของโปรแกรมฯ ของ

โปรแกรมฯ ของพยาบาลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการปฏิบัติจริง จากพยาบาลที่ใช้โปรแกรมมีจำนวน 7 คน พบว่า อยู่ในระดับมีประโยชน์มาก - มากที่สุด ร้อยละ 90.57 และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ผู้ป่วยทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรม โดยความคิดเห็นส่วนใหญ่ของ

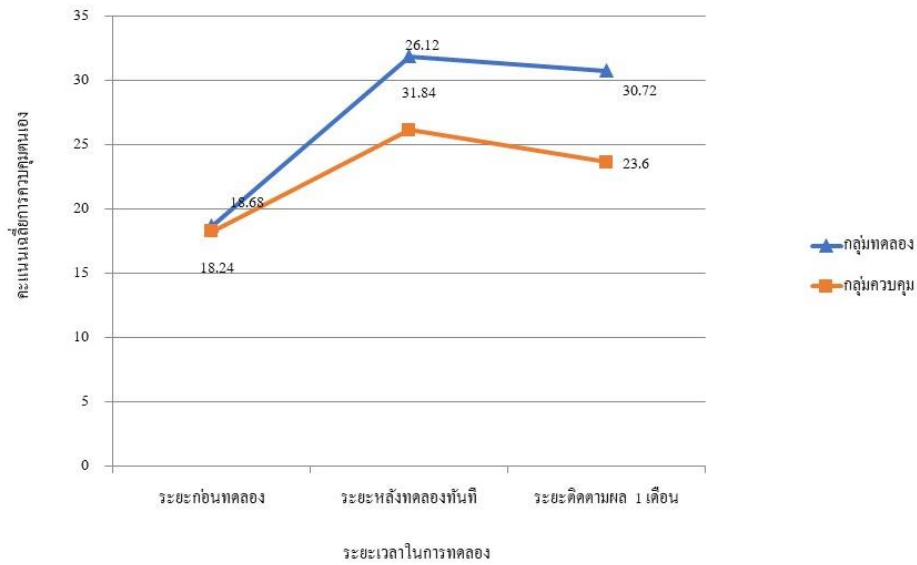
พยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฯ เห็นว่าแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมในการเรียงกิจกรรมจากง่ายไปหายาก เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงานซึ่งมิได้เป็นการเพิ่มภาระงาน เนื้อหาที่มีความเข้าใจง่ายไม่มีความยุ่งยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดก็สามารถเข้าใจกิจกรรมได้ง่าย

ตารางที่ 4 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons แบบ Bonferroni Correction

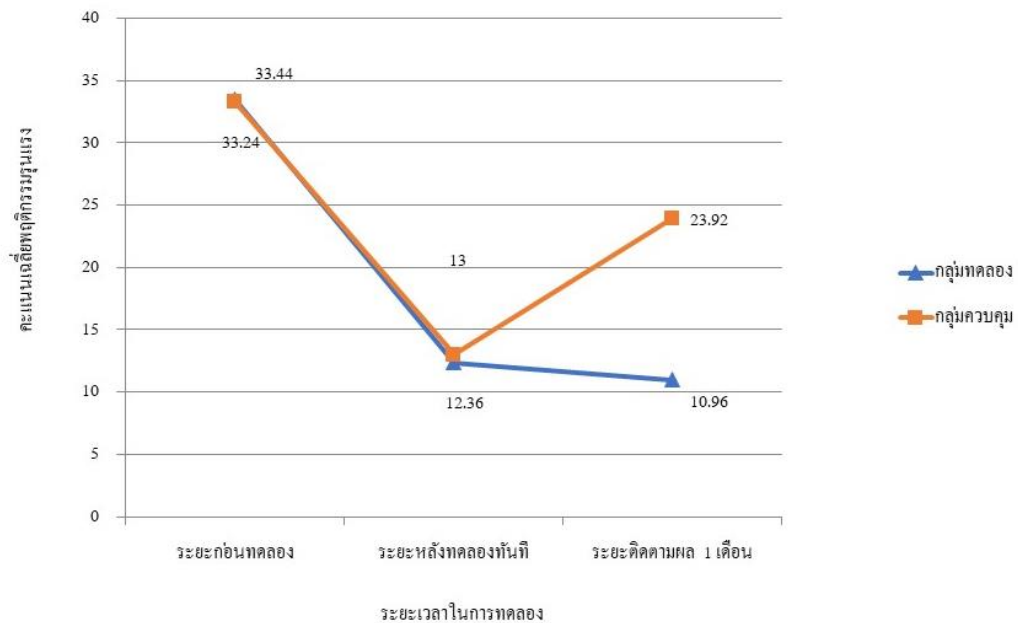
ระยะเวลาการทดลอง					ระยะเวลาการทดลอง					ระยะเวลาการทดลอง				
		Mean Difference	Std. Error	p-value			Mean Difference	Std. Error	p-value			Mean Difference	Std. Error	p-value
ความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรุนแรง					การควบคุมตนเอง					พฤติกรรมรุนแรง				
T0	T1	6.04	0.51	< .001	T0	T1	-10.52	0.79	< .001	T0	T1	20.66	0.30	< .001
	T2	5.16	0.52	< .001		T2	-8.7	0.77	< .001		T2	15.90	0.65	< .001
T1	T2	-0.88	0.35	< .05	T1	T2	1.82	0.35	< .001	T1	T2	-4.76	0.70	< .001



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษานี้ได้ผลการศึกษาทำนองเดียวกันกับผลการศึกษาของ Haddock et al. (2009) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับการบำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บำบัดด้วยกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ที่พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิผลดีและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

(Rampling et al., 2016; Ross, Quayle, Newman, Tansey, 2013; Stefan et al., 2012)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนั้นสามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 สมาชิกกลุ่มได้รับรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบในการเจ็บป่วย ขอมรับการเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกได้รับรู้ถึงผลที่ตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง ซึ่งในกิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเอง ในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย เป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการเปลี่ยนความเชื่อของบุคคลที่ไม่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสมและแสดงออกออกทางคิด พฤติกรรม อารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น (ดราวรรณ ต๊ะปันดา, 2556; วิโรจน์ วีรชัย, ภัทราภรณ์ กิณร, พรนอ กลิ่นกุหลาบ, และสุกมา แสงเดือนฉาย, 2558; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Beck & Rector, 2005) เมื่อสมาชิกสามารถใช้ความคิดในการเตือนตนเองได้แล้วก็จะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นลำดับขั้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงพฤติกรรมเดิมของตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม ทำให้มีความรู้สึกคล้ายกันของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปรับความคิดความเชื่อเดิมของผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปรับพฤติกรรมของตน จะพบว่าค่าคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน ต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากสภาพสิ่งแวดล้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เป็นการตั้งเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีการใช้ความคิดและการเตือนตนเองในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย เป็นไปตามแนวคิดการควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) อันเป็นการกระทำที่ใช้กระบวนการคิดอย่างมีจุดมุ่งหมายหรือตั้งใจภายใต้การควบคุมของจิตใจ ประกอบด้วยการควบคุมตนเองในลักษณะที่ทำให้สภาพของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามปกติ และการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องให้เป็นการกระทำที่ถูกต้องมาแทนที่ ซึ่งการควบคุมตนเองในขณะที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดหรือไม่สบายใจด้วยเรื่องใดก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใช้ลักษณะการควบคุมตนเองทั้ง 2 อย่างพร้อมๆ กัน ซึ่งเป็นกิจกรรมมุ่งเน้นให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมตนเอง ต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงมีการกำกับติดตามด้วยแบบสังเกตความคิดพฤติกรรมและการควบคุมตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการตั้งเป้าหมายในการลดพฤติกรรมรุนแรง และการกำกับตนเองเพื่อลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะพบว่าในกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และเมื่อเวลาผ่านไปในระยะติดตาม

ผล 1 เดือน พบว่าคะแนนยังคงอยู่ในระดับสูง

อาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืนของผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวต่อพฤติกรรมรุนแรง และการกลับมารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมรุนแรง

2. ควรมีการขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ในทุกหอผู้ป่วย โดยอบรมบุคลากรที่จะใช้โปรแกรมฯ ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมฯ เนื้อหากิจกรรม และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส.
- กรมการฯ ชื่นสมบัติ. (2562). ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ. เลย: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. กลุ่มภารกิจกรมพยาบาล. (2562). ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล. เลย: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จิระแพทย์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(3), 52 - 65.

- เครือวัลย์ ศรียารัตน์. (2558) . ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 29(1). 76-92.
- จณิต แก้วกังวาน และประดาป สิงหิวนนท์. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563, จาก <https://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/SampleSizes.pdf>
- คาราวรรณ ณะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- ตรีณัฐ ราษฎร์คูชิต, มรยาท รุจิวิษณุ, และเพ็ญพัทธ์ อุทิส. (2557). ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 92-104.
- นันทวัช สัทธีรักษ์, และ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- บุปผา รุ่งเรือง และสายชล ยุกตพันธ์. (2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของโรค. การจัดการความรู้. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2562, จาก http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/KM-CQI-2R/member/myfile/201512081106.pdf
- ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 121-127.
- มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2559). รายงานเบื้องต้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 57-65.
- มะลิ แสงผล, เพ็ญพัทธ์ อุทิส, และสุนิสา สุขตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการบำบัดด้วยยา. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 29(2), 77-88.
- รัศมีแสง หนูเป็นน้อย, ทศนา ทวีคุณ, และพัชรินทร์ นันทจันทร์. (2561). การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมรังแกกันในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 13 - 32.
- วิโรจน์ วีระชัย, ภัทรภรณ์ กิรินทร์, พรนอ กลิ่นกุหลาบ, และสุกมาแสงเดือนฉาย. (2558). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด*. เอกสารวิชาการประกอบการอบรม. สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- ศิริชัย กาญจนวาสิ. (2559). การวิจัยและพัฒนาศึกษาไทย. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 8(2), 1-18.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาว, ทรงพล โลดทนงค์, และจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน. (2559). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(3), 253-266.
- อดิศักดิ์ ชัยศิริ. (2562). *รายงานพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเวช*. เลข: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.
- Agbaria, Q., & Natur, N. (2018). The relationship between violence in the family and adolescents aggression: The mediator role of self-control, social support, religiosity, and well-being. *Children and Youth Services Review*, 91(C), 447-456.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive bias of anger, hostility and violence*. New York: Harper Collins.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 577-606.
- Brown, W. (2019). The influence of self-control on the impact of exposure to violence among youths. *Victims & Offenders*, 14(6), 692-711.
- Chen, X., Zhang, G., Yin, X., Li, Y., Cao, G., Gutiérrez-García, C., & Guo, L. (2019). The relationship between self-efficacy and aggressive behavior in boxers: The mediating role of self-control. *Frontiers in Psychology*, 10. Article 212, 1-9.

- Choe, J. Y., Teplin, L. A. & Abram K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Denson, T. F., Capper, M. M., Oaten, M., Friese, M., & Schofield, T. P. (2011). Self-control training decreases aggression in response to provocation in aggressive individuals. *Journal of Research in Personality*, 45(2), 252-256.
- Fisher, K. (2016). Inpatient Violence. *The Psychiatric clinics of North America*, 39(4), 567–577. Retrieved March 18, 2019, from <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.005>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gavriel-Fried, B., Ronen, T., Agbaria, Q., Orkibi, H., & Hamama, L. (2018). Multiple facets of self-control in Arab adolescents: Parallel pathways to greater happiness and less physical aggression. *Youth & Society*, 50(3), 405-422.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., Dunn, G., Novaco, R. W., & Tarrier, N. (2009). Cognitive-Behavioural Therapy v. Social Activity Therapy for people with psychosis and a history of violence: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 152-157.
- Harwood, R. H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(2), 176-182.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 10(6), e0128536.
- Kim, W. Y., Kim, S. B., Kim, M. J., Shim, G., Lee, J. Y., & Ryu, M. K. (2014). A case-controlled study of Cognitive Behavioral Therapy for patients with schizophrenia having violence-related crime. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 17(2), 80-85.
- Larson, M., Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., & Delisi, M. (2014). Narcissism, low self-control, and violence among a nationally representative sample. *Criminal Justice and Behavior*, 42(6), 644-661.
- Milner, R. J., & Webster, S. D. (2005). Identifying schemas in child molesters, rapist, and violent offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 425-439.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2005). The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 649-655.
- Okuda, T., Asano, K., Numata, N., Hirano, Y., Yamamoto, T., Tanaka, M., Matsuzawa, D., Shimizu, E., Iyo, M., & Nakazato, M. (2017). Feasibility of cognitive remediation therapy for adults with autism spectrum disorders: A single-group pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2185-2191.
- Özbay, Ö., & Köksoy, O. (2009). Is low self-control associated with violence among youths in Turkey? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(2), 145-167.
- Pechorro, P., DeLisi, M., Abrunhosa Gonçalves, R., & Pedro Oliveira, J. (2021). The role of low self-control as a mediator between trauma and antisociality/criminality in youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 567.
- Ramplang, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 34, 17-28.

- Rao, C., Porapakham, Y., Pattaraarchachai, J., Polprasert, W., Swampunyalert, N., & Lopez, A. D. (2010). Verifying causes of death in Thailand: Rationale and methods for empirical investigation. *Population Health Metrics*, 8(11), 1-13.
- Rosembaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness: on coping skill, Self - control, and adaptive behavior*. New York, Springer Publishing.
- Ross J., Quayle E., Newman E., Tansey L. (2013). The impact of psychological therapies on violent behaviour in clinical and forensic settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 18, 761-773.
- Rueve, M. E., & Welton, R. S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry*, 5(5), 34-48.
- Schreck, C. J., Berg, M. T., & Rogers, E. M. (2021). Predicting the probability of violence in actor–target relational dyads: Self- control and interpersonal provocations as mutual properties. *The British Journal of Criminology*, 61(5), 1282-1299.
- Scott, C. L., & Resnick, P. J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*, 11(6), 598-611.
- Smeets, K. C., Leeijen, A. A., van der Molen, M. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(3), 255-264.
- Stefan G.H., Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Sullivan, T. P., Meese, K. J., Swan, S. C., Mazure, C. M., & Snow, D. L. (2005). Precursors and correlates of women's violence: Child abuse traumatization, victimization of women, avoidance coping, and psychological symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 290-301.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K. W. A. M. E., Burns, T. O. M., Creed, F., ... & Fahy, T. (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 233-238.
- Wilson, H., Barton, L., & Maguire, T. (2011). Implementation of anger management interventions in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7, 35–39.
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.
- Xie, Q., Bi, T., Du, Y., Kou, H., & Yang, B. (2020). Childhood maltreatment is associated with aggression among male juvenile delinquents in China: The mediating effects of callous-unemotional traits and self-control. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-13.