

DEVELOPMENT OF A PSYCHOSOCIAL PROGRAM TO REDUCE AGGRESSIVE BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

*Atcha Railoy, M.Sc. *, Tieanthong Harabutra, M.N.S. **, Kotchaphon Saisut, M.N.S. ***,
Wanna Kwanmuang, B.N.S. ***, Narumon Sriugsorn, B.N.S. ***, Patama Kitisorivorapan, M.N.S. ****

Abstract

Objective: To develop and access a psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients.

Methods: This research is R&D consisting of studying the current conditions, problems, needs for psychosocial to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients, developing the program and testing the effectiveness of the program developed. The participants were 28 schizophrenia patients who admitted to the inpatient department at Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The sample size was calculated using the G*Power program, with 28 people assigned to an experimental group and a control group, each consisting of 14 people. The research instrument was a psychosocial program, and data were collected using an overt aggression scale. Data were analyzed using repeated measure ANOVA.

Results: 1) The problem situation reveals that schizophrenia is a chronic condition with a high likelihood of recurrence or relapse. Treatment and care for patients require collaboration from a multidisciplinary team. Relying solely on medication may not be sufficient, so psychosocial program is necessary. Additionally, there should be exploration of innovative treatment modalities, along with ongoing research and study in this field. 2) The psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients consists of 6 activity sets. 3) The comparison of mean scores of aggressive behavior before the experiment between the experimental group ($M=1.93$, $S.D. = 0.83$) and the control group ($M=2.07$, $S.D. = 0.92$) did not show significant differences. However, the experimental group had a lower mean score of aggressive behavior after the experiment ($M = 0.64$, $S.D. = 0.74$) compared to the control group ($M = 1.57$, $S.D. = 1.22$), and the mean score of aggressive behavior during the 4 week follow-up ($M = 0.64$, $S.D. = 0.74$) was significantly lower than the control group ($M=2.00$, $S.D.= 1.47$) at a statistically significant level of .01 ($p < .01$), and 4) the program assessment was found that those involved were very satisfied with the program.

Conclusion: This program reduced aggressive behavior in schizophrenia patients. Therefore, it is another program of Therapy that can be used.

Keywords: schizophrenia patients, aggressive behavior, psychosocial therapy

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

***Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th*

****Registered Nurse Senior Professional Level, Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

Received: 1 December 2023, Revised: 16 February 2024, Accepted: 22 February 2024

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

อัทธมา หรั่งลอย, วท.ม. *, เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม. **, กชพร สายสุทธิ, พย.ม. ***,
วรรณมา ขวัญเมือง, พย.บ. ***, นฤมล ศรีอักษร, พย.บ. ***, ปัทมา กิตติศรีวรพันธุ์, พย.ม. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคม 2) พัฒนาโปรแกรม 3) ทดสอบโปรแกรม และ 4) ประเมินผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบการวัดซ้ำ และการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้เทคนิคการสรุปสาระ

ผลการศึกษา : 1) สถานการณ์ปัญหา พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบได้ง่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอ จึงต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย รวมถึงควรต้องมีการศึกษาค้นคว้ารูปแบบการบำบัดรักษาในรูปแบบใหม่ ๆ 2) โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรม 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง ($M = 1.93, S.D. = 0.83$) หลังการทดลอง ($M = 0.64, S.D. = 0.74$) และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($M = 0.64, S.D. = 0.74$) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง ($M = 2.07, S.D. = 0.92$) หลังการทดลอง ($M = 1.57, S.D. = 1.22$) และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($M = 2.00, S.D. = 1.47$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 4) ผลประเมินโปรแกรมพบว่า พยาบาลจิตเวชและญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในโปรแกรมที่พัฒนา

สรุป : โปรแกรมที่พัฒนานี้ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง จึงเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตเภท, พฤติกรรมก้าวร้าว, การบำบัดทางจิตสังคม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์

วันที่รับ: 1 ธันวาคม 2566, วันที่แก้ไข: 16 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 22 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาวมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง การป่วยด้วยโรคจิตเภทนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม มีปัญหาการใช้ความรุนแรง มีอาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Prominent Hallucination) มีพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized Behavior) ไม่สามารถจัดการ การตัดสินใจและการวางแผน (Executive Function) (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยจะแสดงออกอย่างเฉียบพลันทั้งคำพูด การกระทำต่อร่างกายตนเอง ผู้อื่น และวัตถุสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986) โดยมีอัตราการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าคนปกติทั่วไปถึงร้อยละ 50 (Chan et al., 2003) และร้อยละ 81.97 ที่ญาตินำผู้ป่วยกลับมารักษาพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำในโรงพยาบาล (Han et al., 2004) เนื่องจากมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986; Martha, 2000) ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด มีความทุกข์ ปัญหาทางอารมณ์ และยากลำบากในการดำเนินชีวิต (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2561)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2562 - 2564 จำนวน 433 ราย, 347 ราย และ 297 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.41, 45.06 และ 44.13 และมีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 55 ราย, 43 ราย และ 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.70, 12.39 และ 11.45 รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 498 ราย, 389 ราย และ 332 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์, 2564) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน

แนวทางการป้องกันและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังเป็นแบบเชิงรับในระยะหลังวิกฤต (นุคอรี มะมิง และ วินิกาญจน์ คงสุวรรณ, 2566) ส่วนรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมีหลายวิธี เช่น การใช้กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) หรือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งสามารถลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยได้ (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเช่น Dunbar (2004) และ Glancy and Saini (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถจัดการความโกรธแบบองค์รวม ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการคิด ความรู้สึก และควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ สอดคล้องกับ Beck and Fernndes (1998) พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

สามารถจัดการความโกรธและการแสดงความก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ ถึงร้อยละ 76 เช่นเดียวกับ Hakvoort et al., (2015) ที่ใช้วิธีการจิตบำบัด ซึ่งสามารถลดอาการก้าวร้าวของผู้ป่วย และพังก์คี้ ผางแก้ว และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ (2562) พบว่าการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้เช่นกัน

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นองค์รวมมากกว่าการจัดการกับอาการเพียงอย่างเดียว ด้วยการใช้กลุ่มการบำบัดโดยไม่ต้องใช้ยา (Walker, 2014) สอดคล้องกับ Delaney (2011) และวัชรภรณ์ ศรีเรือน และคณะ (2563) กล่าวว่า การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการบำบัดที่มีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีและมีความเสี่ยงน้อย และยังป้องกันหรือชะลอการเกิดอาการทางจิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ลดความบกพร่องของกระบวนการคิด ส่งเสริมทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและควบคุมอารมณ์โกรธของตนเอง และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีกรนำรูปแบบการปรับความคิดร่วมกับการจัดการความโกรธมาใช้บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (พังก์คี้ ผางแก้ว และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2562) ดังนั้น การบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิด เพราะความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ ผสานกับแนวคิดการบำบัดทาง

จิตสังคมในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการความเครียด และการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับตติยภูมิ พบว่าสภาพปัญหาปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการให้บริการพยาบาลมากยิ่งขึ้น ในขณะการทำงานของทีมผู้ดูแลยังขาดการพัฒนาทั้งในด้านอัตรากำลังบุคลากร การพัฒนาทักษะและแนวปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ของปัญหา การให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นที่ผ่านมาผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่พยาบาลจิตเวชหอผู้ป่วยในนำไปใช้ในการบำบัด โดยเน้นเรื่องการรับประทานยาเป็นหลัก พบว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมสามารถบำบัดให้ผู้ป่วยรับยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังไม่มีการบำบัดผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลฯ ที่มีแนวปฏิบัติการบำบัดที่สร้างผลลัพธ์อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผลต่อเนื่อง

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการบำบัดทางจิตสังคมของกรมสุขภาพจิต (2560) ที่กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังสามารถ

นำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระและอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนตามศักยภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับแนวความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ผสานกับแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมของ Stanley and Schwetha (2006) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถปรับความคิดและจัดการความโกรธของตนเองตามแนวคิดของ Novaco (1975) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ควบคู่กับกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group Therapy) ในรูปแบบของกลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) ผ่านกระบวนการพลวัตกลุ่ม (Group Dynamic) (Stanley & Schwetha, 2006) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อเกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากการนำเอาประสบการณ์ของแต่ละคนในกลุ่มมาร่วมสร้างแนวทางและร่วมกันแก้ปัญหา ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้นผ่านการให้การเสริมแรงทางบวก โดยประยุกต์แนวทางการบำบัดทางจิตสังคมและสังเคราะห์องค์ความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2560) และดัดแปลงกิจกรรมบำบัดจากผลการศึกษาของกัลยา ดาสา (2561) อรพิน สติธมน (2562) สุกุมมา แสงเดือนฉาย และคณะ, (2563) และผลการทบทวนอย่างเป็นระบบของบุญคอรี่ มะมิง

และ วินิกาญจน์ คงสุวรรณ (2566) มากำหนดเป็นโครงสร้างโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาบำบัด กิจกรรมปัญหาบำบัด กิจกรรมอารมณ์บำบัด กิจกรรมการฝึกทักษะบำบัด กิจกรรมพฤติกรรมบำบัด และกิจกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ร่วมกับการใช้ยา พร้อมกับประเมินผลโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง อีกทั้งยังให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนเพิ่มความสามารถในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการที่หลากหลาย และเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการตามพันธกิจของโรงพยาบาลอันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรค

จิตเภท โดยพิจารณาจาก

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งก่อนการทดลอง หลังการ

ทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3.3 การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทั้งนี้ สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการวิจัย

เชิงเอกสาร (Documentary Research) และสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบปลายเปิด (Open-End Question) กับผู้ที่เกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช และญาติผู้ป่วย กลุ่มละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้เทคนิคการสรุปสะสม

(Cumulative Summarization Technique)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้ในระยะที่ 1 มากำหนดรูปแบบและออกแบบโปรแกรม โดยเนื้อหาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรม ได้แก่ 1) “ทักทายเมื่อแรกพบ...ส่งกระจกเมื่อแรกเห็น” เป็นกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาบำบัด 2) “สะท้อนความคิด...พิชิตความก้าวร้าว” เป็นกิจกรรมปัญหาบำบัด 3) “ซิด ซิด...ผ่อนคลายอารมณ์” เป็นกิจกรรมอารมณ์บำบัด 4) “ใจเกินร้อย...เราทำได้” เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะบำบัด 5) “สติรู้...สังเกตตัวเรา” เป็นกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด และ 6) “สรุปรวม...ประมวลความสำเร็จ” เป็น

กิจกรรมการป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบพร้อมจัดทำคู่มือโปรแกรม

ระยะที่ 3 การทดสอบโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การทดสอบโปรแกรมใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวัดซ้ำ (Repeated-Measures Approach) ด้วยการเก็บข้อมูลวัดผลก่อนและหลังการทดลองสองครั้ง (Two Group Pretest and Double-Posttest Design) (Edmonds & Kennedy, 2017) โดยการวัดหลังการทดลองครั้งที่ 2 กำหนดให้วัดหลังจากที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 4 สัปดาห์ (ภาพที่ 2)

กลุ่ม	วัดผลก่อน การทดลอง	การทดลอง	วัดผลหลัง การทดลอง	ติดตาม 4 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง (E)	O _{E1}	X ₁	O _{E2}	O _{E3}
กลุ่มควบคุม (C)	O _{C1}	X ₂	O _{C2}	O _{C3}
ระยะเวลา (t)	วันที่ 1 ----->	วันที่ 11 ----->	วันที่ 11 ----->	วันที่ 39

ภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำด้วยการเก็บข้อมูลวัดผลก่อนและหลังการทดลองสองครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์ระหว่างวันที่ 24 กันยายน

2566 - 4 ตุลาคม 2566 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า โดยกำหนดขนาดตัวอย่างอ้างอิง

จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันในอดีตของพัชรินทร์ อรุณเรือง (2563) กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) (1-B err prob) เท่ากับ .99 ได้ค่า α err prob เท่ากับ .01 แล้วคำนวณหาค่าอิทธิพล (Mean Effect Size) (d) ตามสูตรการคำนวณของ Cohen (1988) ได้ค่าเท่ากับ 2.00 รวมถึงค่า Allocation Ratio $N2/N1$ เท่ากับ 1 แล้วนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด เท่ากับ 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 14 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับสลาก แบบไม่ใส่คืน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

กำหนดให้ 1.1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ 1.2) ไม่มีความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563) ก่อนเข้ากลุ่มการทดลองและมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน 1.3) ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงจากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (กรมสุขภาพจิต, 2563) ก่อนเข้ากลุ่มและมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน 1.4) ไม่มีความบกพร่องในการใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร 1.5) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 1.6) ผู้ป่วยไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดโรคจิตเภทมาก่อน และ 1.7)

ได้รับอนุญาตจากแพทย์

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

กำหนดให้ 2.1) ผู้ป่วยเป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา 2.2) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย

3. เกณฑ์ยุติการศึกษา (Termination Criteria)

โดยที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถแจ้งขอยุติ ถอนตัว และปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งและ/หรือทุกขั้นตอนของการวิจัยได้ตลอดเวลาในช่วงของการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมและคู่มือการใช้โปรแกรมที่ผ่านการประเมินความเหมาะสมในการใช้โปรแกรมแล้ว (ตารางที่ 1)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) มีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาอาการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติเคยเข้ารับการรักษ ประวัติการใช้กำลังหรือใช้อาวุธ ประวัติการหยุดรับประทานยา ประวัติการใช้สารเสพติดในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษ และประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยทางจิต

ตารางที่ 1 โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	วันที่
กิจกรรมที่ 1 “ทักทายเมื่อแรกพบ... ส่องกระจกเมื่อแรกเห็น”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาบำบัด ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) ระบุปัจจัยด้านการรู้คิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 2) วิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้และ 3) ยกตัวอย่างผลกระทบที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้	วันที่ 1
กิจกรรมที่ 2 “สะท้อนความคิด... พิชิตความก้าวร้าว”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมปัญญบำบัด อ้างอิงตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) อธิบายอิทธิพลของความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 2) เชื่อมโยงปัจจัยด้านสิ่งเร้าและด้านการรู้คิดที่มากระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 3) เลือกวิธีการจัดการกับปฏิกิริยาทางความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงต่อสิ่งเร้า/เหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม และ 4) สะท้อนทางเลือกการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว	วันที่ 3
กิจกรรมที่ 3 “ซิด ซิด...ผ่อนคลายอารมณ์”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมอารมณ์บำบัด ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) อธิบายอิทธิพลของอารมณ์โกรธที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นเหตุส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม และประเทศชาติทั้งทางตรงและหรือทางอ้อม 2) วิเคราะห์ผลกระทบของ	วันที่ 5

กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	วันที่
	การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นเหตุ ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม และประเทศชาติทั้งทางตรงและหรือทางอ้อม และ 3) สะท้อนวิธีในการควบคุมความคิดทางลบและควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองด้วยวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม	
กิจกรรมที่ 4 “ใจเกินร้อย...เราทำได้”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมการฝึกทักษะบำบัด ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) ให้เข้าใจถึงความสำคัญในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน และ 2) ประยุกต์และสามารถนำทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตไปใช้เพื่อพัฒนาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม	วันที่ 7
กิจกรรมที่ 5 “สตรู...สังเกตตัวเรา”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการรายงานและตรวจสอบตนเอง หรือ Self-Report/Self-Monitoring ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) รู้เท่าทันตนเองว่าพฤติกรรมที่ตนเองแสดงออกหรือไม่แสดงออกนั้นเป็นพฤติกรรมเป้าหมาย หรือถูกต้องหรือไม่ และ 2) สะท้อนผลการควบคุมและพัฒนากระบวนการทางปัญญา การรู้คิด อารมณ์ และการแสดงออกของตนเองได้อย่างเหมาะสม	วันที่ 9
กิจกรรมที่ 6 “สรุปรวม...ประมวลความสำเร็จ”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมการป้องกันการแสดงพฤติกรรมซ้ำหรือเกิดอาการกำเริบ ทบทวนการเรียนรู้ การฝึกทักษะต่าง ๆ ในทุกกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว ป้องกันการเกิดซ้ำและนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 90 นาที	วันที่ 11

กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	วันที่
	ผลที่คาดว่าจะผู้ป่วยจะได้รับ 1) ออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาวุฒิกรรมก้าวร้าวได้ และ 2) ระบุสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด และความสามารถในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีสัญญาและข้อตกลงร่วมกันของพลวัตกลุ่ม	

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ตามแนวคิดของ Yudofsky et al., (1986) ที่กษพงศ์ สารการ (2542) ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ มีจำนวน 35 ข้อใน 4 กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และ พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ

กำหนดการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ OAS = 1 คะแนน หมายถึง ระดับกึ่งรุนแรง OAS = 2 คะแนน หมายถึง ระดับรุนแรง และ OAS = 3 คะแนน หมายถึง ระดับฉุกเฉิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัย ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการฯ และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เพื่อขออนุญาตและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลในการวิจัย หลังจากที่ได้รับการประเมินและรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

1.2 เตรียมความพร้อมของเครื่องมือการวิจัยและโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่พัฒนาขึ้น

1.3 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยจำนวน 4 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือการวิจัย และจัดอบรมโปรแกรมการบำบัดที่ได้พัฒนาขึ้นจำนวน 4 ชั่วโมง ก่อนที่จะดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกแล้วติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยร่วมกับพยาบาลจิตเวชให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันก่อนจะดำเนินการการวิจัย รวมถึงลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมในกลุ่มทดลอง และการพยาบาล

ตามปกติในกลุ่มควบคุม

2.3 เก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลองและหลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองที่กำหนดครบถ้วนแล้ว โดยกำหนดให้เก็บข้อมูลหลังจากการทดลอง 2 ครั้ง คือ หลังการทดลองขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 4 สัปดาห์

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กำหนดไว้

3.2 ประเมินผลโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measure ANOVA) และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measure ANOVA) ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือรับรองเลขที่

DMH.IRB.CO.A. 018/2566 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและเก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการคุ้มครองสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับในการยินดียินยอมรับปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และได้รับการลงนามยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 4 การประเมินโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยประเมินผล โปรแกรมจากการสอบถามความคิดเห็นด้วยแบบประเมินโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ จากพยาบาลจิตเวช จำนวน 4 คนและญาติผู้ป่วย จำนวน 14 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง หลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมทันที ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์ และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ในการวิจัยระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและเทคนิคการสรุปสาระ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ

71.43) มีอายุระหว่าง 28 - 35 ปี (ร้อยละ 35.71) สถานภาพโสด (ร้อยละ 57.14) สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ประกอบอาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 50.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาท (ร้อยละ 57.14) โดยพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุระหว่าง 23 - 30 ปี (ร้อยละ 64.29) ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 57.14) ระยะเวลาเจ็บป่วยมาแล้ว 1 - 5 ปี (ร้อยละ 57.14) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมาแล้ว 2 ครั้ง (ร้อยละ 35.71) โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครั้งแรกอายุระหว่าง 36 - 43 ปี (ร้อยละ 35.71) ซึ่งที่ผ่านมาเคยใช้ความรุนแรงมาแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 50.00) และหยุดยารักษาอาการทางจิตมาแล้ว 3 เดือน (ร้อยละ 28.57) มากที่สุด โดยไม่เคยยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมาก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 57.14) และต่อเนื่องจนถึงช่วงก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้นับมากที่สุด (ร้อยละ 92.86)

ในขณะที่ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.43) มีอายุระหว่าง 28 - 35 ปี (ร้อยละ 42.86) สถานภาพโสด (ร้อยละ 57.14) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 42.86) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 64.29) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,000-5,000 บาท (ร้อยละ 71.43) โดยพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุระหว่าง 23 - 30 ปี (ร้อยละ 64.29) ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 57.14) ระยะเวลาเจ็บป่วยมาแล้ว 1 - 5 ปี (ร้อยละ 50.00) ได้รับการรักษามาแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 28.57) โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกอายุระหว่าง 28 - 35 ปี (ร้อยละ 57.14) ซึ่งที่ผ่านมาเคยใช้ความ

รุนแรงมาแล้ว 4 ครั้ง (ร้อยละ 42.86) และหยุดยารักษาอาการทางจิตมาแล้ว 3 เดือน (ร้อยละ 35.71) มากที่สุด โดยไม่เคยยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมาก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 85.71) แต่พบวก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ ได้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทยาบ้า (ร้อยละ 35.71) มากที่สุด

2. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้ความเห็นว่าการเป็นโรคแล้วจะหายยาก ซึ่งจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารทางการแพทย์ให้ความเห็นว่าโรคจิตเภทโรคเรื้อรังและมีอัตราการกำเริบซ้ำสูง เกิดจากปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการบำบัดรักษาจะต้องใช้หลายวิธีควบคู่กันกับการใช้การบำบัดทางจิตสังคม และเห็นควรให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคม จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดและรักษาผู้ป่วยได้

ในขณะที่ พยาบาลจิตเวชและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความเห็นสอดคล้องกับผู้บริหารทางการแพทย์ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอ จะต้องใช้การรักษารูปแบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดด้วยแนวทางจิตสังคมบำบัดเป็นการบำบัดแบบองค์รวมทั้งด้านกายจิต สังคม ที่มี

ความเชื่อมโยงกันในทุกมิติ ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำได้

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบได้ง่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอ จึงต้องใช้นโยบายทางจิตสังคมร่วมด้วย รวมถึงควรต้องมีการศึกษาค้นคว้ารูปแบบการบำบัดรักษาในแบบใหม่ ๆ

3. ผลการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น

ประกอบด้วย 6 ชุมกิจกรรม (ตารางที่ 1) โดยผ่านการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง ปรากฏว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม (S-CVI/Ave = 1.00) และนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try-out) โดยมีพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย (Co-Leader) 1 คน และผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง เข้าร่วมการทดลองและประเมินผลการทดลอง โดยใช้

แบบสอบถามความคิดเห็น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและเทคนิคการสรุปสาระสำคัญ ปรากฏว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้ง 3 ระยะแตกต่างกัน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mean differences = 1.286 และ 1.286 ตามลำดับ, $p < .01$) แต่หลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

คะแนน	ก่อนการ	หลังการ	ติดตาม					
พฤติกรรม	ทดลอง	ทดลอง	4 สัปดาห์	SS	df	MS	F	p-value
ก้าวร้าว	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)					
กลุ่มทดลอง	1.93 (0.83)	0.64 (0.74)	0.64 (0.74)	15.429	1.398	11.039	30.522**	.000

** $p < .01$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Diff.	Std. Error	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	-1.286**	.163	.000
	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	-1.286**	.244	.000
หลังการทดลอง	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	0.000	.148	1.000

** $p < .01$

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

พิจารณาจากค่า Sphericity Assumed ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนการทดลอง (Mean differences = 0.893 และ 0.679 ตามลำดับ, $p < .05$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองกับติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่า ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5 ตารางที่ 6 และภาพที่ 3)

6. ผลการประเมินตามการวิเคราะห์เนื้อหาโปรแกรมจากพยาบาลจิตเวชและญาติผู้ป่วย

มีความพึงพอใจในโปรแกรมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการควบคุมอารมณ์ การลดพฤติกรรมก้าวร้าว การปรับตัวกับสังคม การดูแลตนเอง และเรียนรู้ในการใช้ทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันในทางที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย ญาติ ชุมชนและสังคมในระยะยาวได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

คะแนน	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตาม 4 สัปดาห์	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมก้าวร้าว	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)					
กลุ่มควบคุม	2.07 (0.92)	1.57 (1.22)	2.00 (1.47)	2.048	2	1.024	1.291	.292

** $p < .01$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

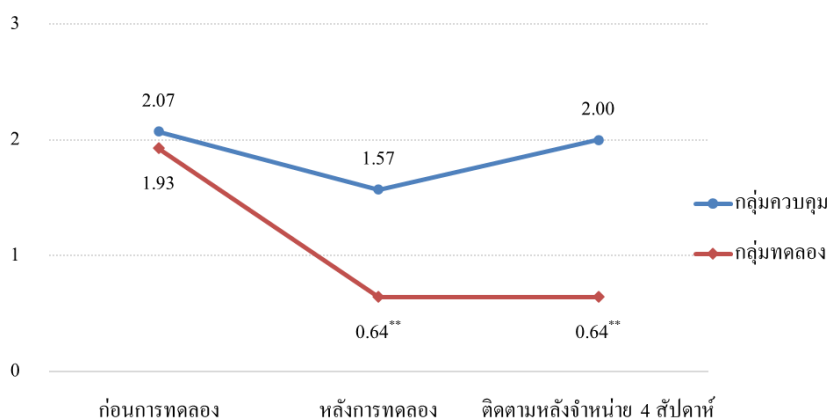
คะแนน พฤติกรรม ก้าวร้าว	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตาม 4 สัปดาห์	SS	df	MS	F	p-value
	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)					
กลุ่มทดลอง	1.93 (0.83)	0.64 (0.74)	0.64 (0.74)	12.167	2	6.083	11.634**	.000
กลุ่มควบคุม	2.07 (0.92)	1.57 (1.22)	2.00 (1.47)					

** $p < .01$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Diff.	Std. Error	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	0.893**	.167	.000
	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	0.679*	.228	.019
หลังการทดลอง	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	-0.214	.179	.729

* $p < .05$, ** $p < .01$



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากเอกสารที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเชิงประจักษ์ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม ปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ให้ความเห็นว่าการไม่กินยาจะทำให้จิตหลอน ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง ซึ่งตนเองอยากเป็นคนปกติ ไม่ต้องหาหมอ ไม่อยากกินยา และดูแลตัวเองได้ตามปกติ เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญกับประเด็นการดูแลผู้ป่วย ความยากลำบากในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบต่อครอบครัว และการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ ในขณะที่ ทีมบริหารกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบบ่อย ๆ รวมทั้งรูปแบบการบำบัดรักษาต้องมีการศึกษาค้นคว้าในรูปแบบใหม่ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับพยาบาลจิตเวชที่ให้ความเห็นว่าวิธีการบำบัดรักษาต้องมีความทันสมัย และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ซึ่งควรมีรูปแบบการบำบัดระยะยาวเพื่อสร้างอาชีพและทักษะให้กับผู้ป่วย โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการกลับมารักษาซ้ำ เช่นเดียวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของอัญชลี วิจิตรปัญญา และมยุรี กลั้วบงษ์ (2565)

พบว่าคนที่ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง ขณะที่รู้สึกโกรธหรือโมโห หรือไม่พอใจด้วยการทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น และทำร้ายตนเองนั้น มีสาเหตุเชิงลึกมาจากกระบวนการความคิดต่อการแสดงออกไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2. ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995) แนวคิดการบำบัดทางจิตสังคม (Stanley & Schwetha, 2006; กรมสุขภาพจิต, 2560) แนวคิดการจัดความโกรธ (Novaco, 1975) และแนวคิดกลุ่มจิตบำบัด ผ่านกระบวนการพลวัตกลุ่ม (Stanley & Schwetha, 2006) ประกอบด้วย 6 ชุติกิจกรรม กำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมครั้งละ 90 นาที แบบสลับวันเว้นวัน ภายในกรอบเวลา 2 สัปดาห์ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และนำไปทดลองใช้ปฏิบัติจริง ซึ่งผลประเมินการทดลองใช้จากพยาบาลจิตเวช 1 คนให้ความเห็นว่า เมื่อได้ทำกิจกรรมครบตามกระบวนการกับผู้ป่วยแล้ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์สงบเร็วขึ้น ควบคุมตนเองได้มากขึ้น ไม่แสดงอาการก้าวร้าวออกมาให้เห็นเด่นชัด และยินดีจะนำสิ่งที่เรียนรู้ในกลุ่มไปใช้และปฏิบัติต่อไปเพื่อให้ตนเองสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ สอดคล้องกับญาติผู้ป่วย จำนวน 6 คน ที่ให้ความเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การกินยาต่อเนื่อง และการขาดยาซึ่งเป็น

สาเหตุทำให้ที่มีอาการก้าวร้าว โดยเฉพาะการทำกลุ่มบำบัดนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง และคาดว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองไม่ให้แสดงอาการก้าวร้าวออกมา หรือผู้ป่วยสามารถบอกกับญาติเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงก่อนที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นจุดแข็งของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้พัฒนาขึ้น และมีความเหมาะสมและการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เช่นเดียวกับอัญชลี วิจิตรปัญญา และ มยุรี กลั้ววงษ์ (2565) ที่นำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการควบคุมตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ปรากฏว่าโปรแกรมมีประโยชน์ในระดับมาก มีความเป็นไปได้และแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมและการนำไปใช้จริง อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดก็สามารถเข้าใจกิจกรรมได้ง่ายด้วยเช่นกัน รวมถึงวรรณวิภา ชำนาญ และคณะ (2560) ที่นำแนวทางการจัดการกับความโกรธมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ปรากฏว่าโปรแกรมการจัดการกับความโกรธมีประโยชน์ สามารถแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและผู้ป่วยยังสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

3. ผลการทดสอบโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากได้นำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995) มาร่วมพัฒนาซึ่งได้ผลการศึกษานองเดียวกับที่อัญชลี วิจิตรปัญญา และ มยุรี กลั้ววงษ์ (2565) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงนำแนวทางการจัดการความโกรธ (Novaco, 1975) มาร่วมด้วย

อีกทั้งยังสอดคล้องกับวรรณวิภา ชำนาญ และคณะ (2560) ได้แสดงทัศนะไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ตามความเป็นจริง สามารถสงบจิตใจตนเองด้วยการควบคุมตัวเองและควบคุมความโกรธได้ จึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม

เช่นเดียวกับ Glancy and Saini (2005) ได้ทบทวนการบำบัดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่าการบำบัดสามารถลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการบำบัดทางจิตสังคมตามที่กรมสุขภาพจิต (2560) กล่าวว่าจะสามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำจิตบำบัดเพื่อให้เข้าใจปัญหา สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจการยอมรับและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและประโยชน์ของการรับประทานยา ตลอดจนฟื้นฟูทักษะการใช้ชีวิตและการรู้จักคิด เป็นต้น

4. ผลการประเมินการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ถือว่าเป็นนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) (Smith, 2006) ทางด้านการบริการสุขภาพ (Health Service Innovation) ที่สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เมื่อเทียบกับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพบว่าบางครั้งนวัตกรรมที่สร้างขึ้นอาจเกิดความล้มเหลวและไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน ดังนั้น จึงควรได้รับการประเมินผลการใช้และยอมรับในคุณภาพผลงานนวัตกรรมจากผู้ใช้งานในเบื้องต้นก่อน (Vashishth, 2014; สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2563) ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมนี้ถือว่าได้ผ่านการยอมรับและทดลองใช้ โดยผลบ่งชี้ว่ามีความเหมาะสมและการนำไปใช้ในการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบกับได้ประเมินผลโปรแกรมหลังการทดลองจากผู้ป่วย พยาบาลจิตเวช และญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในโปรแกรมที่สามารถพัฒนากระบวนการคิด การดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ การปรับตัวกับสังคม เรียนรู้และพัฒนาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และลดพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องอย่างน้อยอีก 3 เดือน 6 เดือนหรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำทักษะต่าง ๆ ไปปฏิบัติในระยะยาวได้อย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมโดยร่วมกับปัจจัยอื่นเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เช่น ปัจจัยการใช้ยา/ไม่ใช้ยา ร่วมในการรักษา ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมในเชิงระบบด้วยการนำไปใช้ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ หรือนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ หรือกับบริบทอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). กรมสุขภาพจิต.

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต.
- กัลยา ตาสา. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นที่กระทำความผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐานวิจัย (เอกสารประกอบการบรรยาย). ศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- บุญศรี มะมิง และวินิกาญจน์ คงสุวรรณ. (2566) รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 15(1), 62-97.
- พยุ่งศักดิ์ ผ่างแก้ว และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 53-69.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2563). การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(1), 39-54.
- เพชร คันธยาบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, กฤตนิษฐ์ แก้วยศ, และวีระ เนธิกุล. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(2), 16-28.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์. (2564). *สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2564*. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- วัชรภรณ์ ศรีเรือน, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, และวราวุธ กิตติสัมพันธ์. (2563). ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 47(4), 76-87.
- วรรณวิภา ชำนาญ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และสมบัติ สกฤตพรณ์. (2560). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *พยาบาลสาร*, 44(3), 125-133.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, และวัชร มีศิลป์. (2563). *คู่มือ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 60-67.
- สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ ลินเชื้อศักดิ์กุล, และสืบตระกูล ตันตลาณกุล. (2563). นวัตกรรมบริการสุขภาพ: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 20(2), 10-22.
- อรพิน สติธมน. (2562). *พฤติกรรมบำบัด*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา และมยุรี กลับวงษ์. (2565). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 120-147.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. Guilford Press.
- Beck, R., & Fernndes, E. (1998). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Anger: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.
- Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L., & Chou, K. R. (2003). Effectiveness of the anger control program inducing anger expression in patient with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(2), 88-95.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Delaney, M. (2011). Perceptions of cause and control of impulse control behaviours in people with Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 522-535.

- Dunbar, B. (2004). Anger Management: A Holistic Approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(1), 16-23.
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2017). *An Applied Reference Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods* (2nd ed.). SAGE.
- 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.
- Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. (2015). Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: an exploratory study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(8), 810-836.
- Han, D. H., Pack, D. B., Na, C., Bail, S. K., & Yung, S. L. (2004). Association of aggressive behavior in Korean male schizophrenic patients with polymorphisms in the serotonin transporter promoter and catecholamine-O-methyltransferase genes. *Psychiatry Research*, 129(1), 29-37.
- Martha, L. C. (2000). *Understanding and treating violence psychiatric patients*. American Psychiatric Association.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington.
- Smith, D. (2006). *Exploring Innovation*. McGraw-Hill Education.
- Stanley, S., & Schwetha, S. (2006). Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. *Intonational Luomala of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 13-128.
- Vashishth, M. (2014). Role of IT in HRM: Opportunities and Challenges. *Indian Journal of Research*, 3(4), 159-160.
- Walker, S. (2014). *Psychosocial interventions in mental health nursing*. Learning Matters.
- Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.