

ผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มี ปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีน

The effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) to reduce aggressive behaviors in psychiatric patients with amphetamine use disorder

ธนิดา ธนโชติพิพิธ¹ มณฑิลา แสงเรืองเอก² รุ่งอรุณ โทวันนัง² พวงเพชร สิงหาระ³ ลัดดาวรรณ สาโสม³

Thanida Thanachotpipit¹ Monthida Sangruangake² Rungarun Thowannang²

Puangpet Singhawara³ Laddawan Sasoom³

(Received: April 7,2020; Accepted: June 10,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเสพยาแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชเสพยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชเสพยาแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีน การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ABSTRACT

The purposes of this study is compare the aggressive behavior scores of the amphetamine-dependent patients between the experimental and control groups after participating in the cognitive behavior therapy program. The 62 samples are that the amphetamine treatment at a tertiary care hospital, separate 31 patients for control and experimental group. The experimental group participated in the cognitive behavior therapy program. The control group received the regular nursing intervention. According to the finding in the experimental group, the mean score of the aggressive behavior of the patients with amphetamine dependence in the experience group after participating the cognitive behavior therapy program was statistically significantly lower than that in the control group ($p < .001$)

Keywords: aggressive behavior, psychiatric patients with amphetamine use disorder, cognitive behavior therapy

บทนำ

ปัญหาเสพยาผิดไม่ใช่ปัญหาใหม่ของสังคมไทย แต่เป็นปัญหาที่มีมาช้านาน เสพยาผิดที่เฝ้าระวังมากที่สุด

ประเทศไทยคือแอมเฟตามีน สารเสพติดชนิดนี้ ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตหลายชนิดและเกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น อาการหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ correspondent : chutatip52@gmail.com

² อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

กลุ่มคลัง ขาดสติ มีแนวโน้มก่อความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น^(1,2) บุคคลที่ใช้สารแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการกระตุ้นของสารโดปามีน (dopamine) มากขึ้น เกิดความรู้สึกมีความสุข แต่ถ้าใช้สารแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานานขึ้นจะเกิดความผิดปกติของอารมณ์ แสดงพฤติกรรมรุนแรง มีความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง และถ้าหยุดใช้สารแอมเฟตามีนหรือใช้ลดลง จะทำให้เกิดอาการถอนพิษสารแอมเฟตามีน (withdrawal) ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยมีอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว วุ่นวาย มีความคิดผิดปกติ การตัดสินใจลดลง มีเหตุวุ่นวายประสาหลอน⁽³⁾ สำหรับผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารแอมเฟตามีน มีผลกระทบต่อบุคคล ทั้งด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม ผลกระทบต่อด้านร่างกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงมากขึ้น หน้าแดง ก้าวร้าว ซกดย่อย ทำร้ายร่างกาย และมีอารมณ์รุนแรงรวมไปถึงการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น การทำร้ายตนเอง ทุพติ ขว้างปาสิ่งของ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ นอนไม่หลับ กระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย หุนเหว ภาพหลอนและจะรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่ออยากเสพยา⁽⁴⁾ และผลกระทบด้านครอบครัว พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวต่อครอบครัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์อีกทั้งด้านทรัพย์สิน ได้แก่ การคำทอด้วยคำหยาบคาย ขว้างปาสิ่งของหรือวัตถุต่างๆ ที่เป็นอันตรายให้ได้รับบาดเจ็บ แสดงพฤติกรรมรุนแรงทางเพศมากขึ้นเรื่อยๆ รวมไปถึงการขโมยเงิน หรือทรัพย์สินของสมาชิกภายในครอบครัว⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการเสพยาแอมเฟตามีนก่อให้เกิดความกล้าที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา พฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง⁽⁶⁾ เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้แบบลงมือกระทำ (operant-conditioning) จากการเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำๆ ความคิดยังซังงัง ความคิดตัดสินใจแย่งลงสมองส่วนคิดทำงานผิดปกติไปจากเดิม (cognitive deficit model) ผู้ใช้แอมเฟตามีนจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ตลอดเวลาทั้งในขณะที่ใช้และหยุดใช้แอมเฟตามีน⁽⁷⁾ เมื่อขาดแอมเฟตามีนและมีสิ่งมากระตุ้น โดยเป็นผลมาจากการควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง และไม่สามารถควบคุม

ความคิดได้ จึงเกิดการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายขึ้น แม้จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ กันก็ตาม⁽⁸⁾

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชสารเสพติด พบว่า ในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 114, 192 และ 220 คน ตามลำดับ และมีรายงานความเสี่ยงทางคลินิกเรื่องการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 จำนวน 709, 814 และ 904 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งโดยเฉลี่ยมักพบพฤติกรรมก้าวร้าวจากผู้ที่ใช้สารแอมเฟตามีนอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽⁹⁾ สอดคล้องกับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในจำนวนผู้ใช้แอมเฟตามีน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า⁽¹⁰⁾ จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับทีมนำทางคลินิกของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความคิดผิดปกติในการรับรู้ กระบวนการคิดและอารมณ์ที่แปรปรวน ควบคุมตนเองไม่ได้ ทีมการพยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยให้มีการประเมินและป้องกันความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล สำหรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ นั้น มีระบบการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แบบประเมิน 5 ภาวะความเสี่ยง “SAVE” Precaution (Suicide, Accident, Violence, Escape : SAVE Precaution) กรณีพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้ติดสติ๊กเกอร์สีแดงที่ป้ายชื่อในช่องตัวอักษร “V” เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น การจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกข้อมือ การฉีดยาสงบระงับอาการ เพื่อส่งประจันอาการทางจิตและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ จะเห็นได้ว่าการดูแลในปัจจุบัน เน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ แต่ยังไม่มีความเหมาะสมให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมแสดง

ความความก้าวร้าวทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้อีกทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

ในปัจจุบันการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายวิธีการ ดังเช่น การใช้โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธ⁽¹¹⁾ โปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน⁽¹²⁾ ผลการศึกษาสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้แต่เป็นการเน้นในการควบคุมทางด้านอารมณ์มากกว่าทางด้านพฤติกรรม สำหรับการใช้จ่ายเป็นการลดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ใช้ระยะเวลาสั้น แต่สามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาใหม่ได้อีก⁽⁶⁾ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีข้อดีตรงที่สามารถไปปรับเปลี่ยนที่ความคิดและส่งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา เป็นการควบคุมพฤติกรรมควบคู่กับควบคุมอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนที่ความคิดในระดับลึกจะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ ในด้านบวกตามมา ใช้ระยะเวลาสั้น แต่ทำให้เกิดการลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในระยะยาว คงอยู่ได้นาน และไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจากความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนจากความเป็นจริง เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง โปรแกรมประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation) การให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะของอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเสพสารแอมเฟตามีนได้เข้าใจถึงอารมณ์ที่สัมพันธ์กับความคิดของตนเอง เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ รวมถึงฝึกสำรวจอารมณ์ของตนเองและผลกระทบของอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าใจสภาวะอารมณ์ของตนเองแล้วก็จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความคิดใหม่ (cognitive restructuring) ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยเสพสารแอมเฟตามีน สังเกตกระบวนการคิดของตนเอง โดยเน้นไปที่ความเชื่อ ที่ไม่ถูกต้อง ความเชื่อในระดับลึก (core belief) ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (automatic thoughts) ความคิดที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นำไปสู่ความคิดด้านบวกและการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม ที่เหมาะสม⁽¹³⁾จากการศึกษาระดับเมตา (Meta-analysis) โดย Larissa M. Hoogstedera และคณะพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กลงได้⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Kirsten C. Smeets และคณะ ในระดับ เมตา (Meta-analysis) พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้เช่นกัน⁽¹⁵⁾ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยโดย สุภาพนิก พญามงคล พบว่า การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กนักเรียน ลงได้⁽¹⁶⁾ และจากการศึกษาของ พิพัฒน์ พันเลียว (2559) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้จากการวรรณกรรมยังพบว่ามีงานนำโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาใช้ในการเลิกสารแอมเฟต้ามินน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีน เป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่มีความสำคัญ ที่จะช่วยป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีนได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมตอบสนอง เมื่อมีความโกรธเกิดขึ้น โดยการตระหนักรู้ในความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเอง ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมายังช่วยให้ผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ ปรับปรุงพฤติกรรม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟต้ามิน

มีนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัด
การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตา
มีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental
research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน การทดลอง และหลังการ
ทดลอง (pretest - posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตา
มีน ที่รับไว้รักษาในคลินิกงานการพยาบาลผู้ป่วย
ในชาย โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์ **กลุ่ม**
ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาแอมเฟตา
มีน ที่รับไว้รักษาในคลินิกงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์ ในระยะฟื้นฟู
สภาพ มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
การศึกษาครั้งนี้ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive
sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่
ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภททั้งหลายและโรค
จิตอื่น ๆ หรือผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาแอมเฟตา
มีน โดยมีอาการประสาทหลอนและหลงผิดที่ชัดเจน
(F15.5) ร่วมกับมีปัญหาการเสพยาแอมเฟตา มีน ตาม
เกณฑ์ ICD-10 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่านออก
เขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และยินยอมเป็นผู้
ร่วมวิจัย 4) มีคะแนนความก้าวร้าวประเมินโดยใช้แบบประเมิน
พฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale: OAS) มีค่าคะแนน
ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป 5) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบประเมิน
โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric
Rating Scale: BPRS) มีค่าคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน 6) การ
ประเมิน MMSE ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 7) สมารถใจและยินยอม
ในการเข้ารับการบำบัด สำหรับเกณฑ์การคัดออกจาก
การศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต
รุนแรง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric

Rating Scale: BPRS) ค่าคะแนนมากกว่า 36 คะแนน ผู้ป่วยเข้า
ร่วมโปรแกรมไม่ครบ 6 กิจกรรม ตามที่กำหนดใน
โปรแกรม

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version
3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the
test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุด ที่ระดับ
ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนด
ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ โดยจากการศึกษา ของ
Beck & Fernandez (1998) ในระดับเมตา (meta-analysis) เรื่อง cognitive-
behavioral therapy in the treatment of anger ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและ
ประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยนำ mean effect size ($d=.70$) มาแทน
ค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 แล้วได้กลุ่ม
ตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งหมด 52 ราย และเพื่อป้องกันความ
เสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่ม
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20%⁽¹⁸⁾ จำนวน 10 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 62
คน โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มอย่างง่าย
(simple random sampling) โดยการจับสลาก 2 ครั้ง ครั้งแรก
ได้กลุ่มทดลอง และครั้งที่ 2 ได้กลุ่มควบคุม แบ่งเป็นกลุ่ม
ทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท
ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือ
ที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

**1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt
Aggressive Scale : OAS)** ใช้ในการประเมินระดับพฤติกรรม
ก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale : OAS) พัฒนาโดย Yudofsky
(1986) (19) ในการศึกษา ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินระดับ
พฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale : OAS) ที่
แปลโดย ตรีนุช ราษฎร์ดุจ (2557)⁽¹²⁾ ซึ่งแปลและ
ตรวจสอบเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI
เท่ากับ .89 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไป

ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

1.3 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall และ Gorham (1962) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ทิพย์ (2546)⁽¹⁰⁾ มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนน .87 ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อเป็นมาตราวัด 7 ระดับ

1.4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini mental state examination-thai: MMSE-THAI) (20)⁷ ซึ่งเป็นแบบทดสอบ มาตรฐานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่างๆ คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation to time and place) ด้านความจำ (registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (visual constructional) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่มีการปรับเปลี่ยนความคิดในรูปแบบใหม่ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย พิพัฒน์ พันธุ์ทิพย์⁽¹⁷⁾ มีการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) ของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 1 โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมแต่ละกิจกรรมจะใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง/ครั้ง ทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 6 สัปดาห์ และในแต่ละครั้งแต่ละกิจกรรมจะมีการบ้านให้กลับไปทำทุกครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยที่ผู้ป่วยยังไม่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

2. ขออนุมัติดำเนินการวิจัย โดยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติและมีประสบการณ์ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด มากกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัย จะเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลทั้งก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยได้จัดประชุมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน โดยการชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggressive Scale (OAS) วิธีการลงคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวจากการสังเกตอย่างละเอียด

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง หลังจากนั้นแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มควบคุม 31 คน

2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลอง (pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และบันทึกข้อมูลไว้

3. กลุ่มทดลอง จะได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตามขั้นตอน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองคิดยา 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การสำรวจ ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 4) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ 5) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ 6) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และมอบหมายให้ทำการบ้านต่อภายหลังจากสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ในระหว่างดำเนินการทดลองจะมีการจดบันทึกรายละเอียดคำพูดและความเข้าใจในแต่ละกิจกรรม

4. กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการดูแลรักษาตามแบบแผนของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ และการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

5. เมื่อกลุ่มทดลองทำกิจกรรมครบ 6 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว post-test โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับการประเมินจะประเมินหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดไปแล้ว 1 สัปดาห์

ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลอง (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยผู้ช่วยวิจัย ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ให้คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยครบ 6 ครั้งแล้ว สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดการวิจัย

2. วิเคราะห์ผลการทดลอง จากคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรม และคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC 2561-2562 ลงวันที่ 11 มกราคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และสถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.8 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มในกลุ่มควบคุมมีสถานะภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.1 และในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 71 และร้อยละ 51.6 ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 54.8 และในกลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.6 ในกลุ่มควบคุม มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 87.1 ในกลุ่มทดลองพบประวัติการเสพยาบ้า น้อยกว่า 1 ปี ในกลุ่มทดลองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มควบคุมมีประวัติการเสพยาบ้ามากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.6 สำหรับพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางพบในกลุ่มควบคุมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.5 สำหรับกลุ่มทดลองพบพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.5

2. เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง และการได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5 มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อยจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 หลังจากสิ้นสุดการทดลองโดยการให้ การพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.8 มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.3 และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มทดลองก่อนได้รับ โปรแกรมพบว่า มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อยจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5 และมี

พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 ภายหลังการได้รับ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.5 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย

3.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 1 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=62) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	N	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม	31	7.29	2.96	5.77	4.86	1.85	0.07
กลุ่มทดลอง	31	6.74	3.10	1.06	0.25	10.56	0.000*

P < 0.05

พบว่าในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้การพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติดกลุ่มทดลองหลังการได้รับ โปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (n=62)

กลุ่ม	ขนาดตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน	95% Ci ค่ามัธยฐาน	ผลต่างของ ค่ามัธยฐาน	95%CI ของผลต่าง ค่ามัธยฐาน	p-value
กลุ่มควบคุม	31	7	(0-9)	6	(1-8)	0.0375
กลุ่มทดลอง	31	1	(1-1)			

p < 0.05

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (n=62)

กลุ่ม	ขนาด ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	95%CI ของ ผลต่างค่าเฉลี่ย	t	p-value
กลุ่มทดลอง	31	6.74	3.11	-0.55	-2.08-0.98	-0.7155	0.4771
กลุ่มเปรียบเทียบ	31	7.29	2.92				

พบว่า หลังการได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวใน

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติดที่ได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่ามัธยฐานคะแนนความก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ 6 คะแนน โดยค่ามัธยฐานคะแนนอาจจะน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลปกติ ตั้งแต่ 1-8 คะแนน (median difference: 6, 95%CI: 1-8, p-value:0.0375)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองและการได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อยจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 ภายหลังการได้รับ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.5 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้เนื่องจากความเชื่อ ที่ไม่ถูกต้อง ความเชื่อในระดับลึก (core belief) ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (automatic thoughts) ความคิดที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นเกิดการปรับเปลี่ยนนำไปสู่ความคิดด้านบวกส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ที่เหมาะสมตามมา⁽¹³⁾ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยหลายการศึกษา ดังเช่น การศึกษาของ สุภาพนิช พญามงคล (2553) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิพัฒน์ พันเลียว (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹⁷⁾ จากผลการวิจัยพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการแสดงอารมณ์พฤติกรรมและมีปัญหาสุขภาพจิต โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและแสดงออก ทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด แอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายในกลุ่มก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและการได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ภายในกลุ่มทดลองหลังการได้รับ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการปรับความคิดที่บิดเบือนไปจากความเชื่อในระดับลึก (core belief) ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยความคิดมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ มีความเป็นพลวัตรกันเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้ความคิดที่บิดเบือนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นได้รับการแก้ไขไปในทางที่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่นำไปสู่เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมเป็นไปในทางที่

เหมาะสม จึงส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง⁽²²⁾ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ก่อนและหลังการให้การพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธน์ พันเลียว (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติดในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001⁽¹⁷⁾ อีกทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมิตส์ ลีเจิน และโมลเลน ที่พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ส่วนการรักษาด้วยยาเป็นการให้การรักษามากกว่าที่ผู้ป่วยจิตเวชจะต้องได้รับ สำหรับการให้การรักษาดูแลนั้น จะมีฤทธิ์ไปลดสารสื่อประสาททันที ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง จะมีผลลดความก้าวร้าวใช้ระยะเวลาสั้นเท่านั้น แต่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะยาวได้ ถึงแม้พฤติกรรมก้าวร้าวจะลดลง แต่ก็สามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาได้อีก⁽²¹⁾ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการปรับความคิดที่บิดเบือนไปจากความเชื่อในระดับลึก (core belief) ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยความคิดมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ มีความเป็นพลวัตรกันเมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจะลดลง การปรับความคิดใหม่จะเกิดการปรับเปลี่ยนของอารมณ์และพฤติกรรมใหม่ตามมาได้⁽²²⁾

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมบำบัดการ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง และการได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติดนั้น มีความสอดคล้องกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด โดยใช้โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น มีผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดและจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดีกว่าการควบคุมอารมณ์เพียงอย่างเดียว และการปรับเปลี่ยนที่ความคิดในระดับลึกจะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอารมณ์ สรีระในด้านบวกตามมาและใช้ระยะเวลาสั้นแต่ทำให้เกิดการลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในระยะยาว คงอยู่ได้นานและไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย⁽¹³⁾ จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่น จากการศึกษาในระดับเมตา (Meta-analysis) ของสูงสุทเทรธา สแตมม์ และฟีก์ พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กลงได้⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ของสมิตส์ ลีเจิน และโมลเลน⁽²¹⁾ และในประเทศไทยของ ฐาปนิก พญามงคล พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้⁽¹⁶⁾ และจากศึกษาวิจัยของ พัทธน์ พันเลียว (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้ สามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติอื่นในการดูแลผู้ป่วยได้และนำผลของการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไปได้

2. รูปแบบการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม CBT ส่วนใหญ่จะใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้า และในผู้ป่วยจิตเวชจะพบการนำไปใช้ในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ มีความแตกต่างกับบริบทในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแล จึงควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเสพติดแอมเฟตามีน สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่องในขณะที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ทั้งเป็นเพศชายและเพศหญิง เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

2. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับการเสพติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลจิตเวชอื่นเพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

3. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนี้ต่อไปเป็นระยะๆ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมฯนี้สามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯนี้ไปใช้กับตนเองในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Amphetamine addiction in psychiatric patients accelerated the study of mental retardation, reduce drug recruitment [Internet] Nonthaburi: Ministry of Public Health; [Searched on 20 January 2016].
2. Boonsiri J. Return to health of drug addiction. Journal of Friends of Mental Health. 2015;61(15)
3. Prapapan C. Drug addiction. Journal of Drug Abuse. 2013 1(1): 1-5.
4. Weerapol C. Impact of drug use among admission patients in Thanyarak Hospital, Udon Thani: case study. Journal of Community Health Development Khon Kaen University, 2017; 5 (3).
5. Sujitta R. Violent Behavior toward Family of Methamphetamine Users. Journal of Nursing Science & Health. 2011;34 (3)
6. Surinporn L, Manis S. Review of knowledge of drug use in amphetamine addicts. Chiang Mai: Wanida Printing; 2013.
7. Jesada Y. Addiction is a complex illness [Internet] [Edit]. [Retrieved on February 10, 2018] From: <http://www.rtadrc.com/UploadImage/dd836900-303e-47f7-bce7-a6022d08ed95.pdf>.
8. Vichai P. Brain and Addiction Mechanism [Internet] [Retrieved on February 10, 2018] From: http://www.ihr.chula.ac.th/t3/files/brain_drug.pdf.
9. Nakhon Phanom Rajanagarind Psychiatric Hospital Summary of the results of the fiscal year 2015-2017.
10. Pannapa K. Psychoanalysis of Methamphetamine: Literature review. Journal of Suan Phung. 2003; 19 (1)

11. Kanyawan R, Oraphan L and Ratsiri T. The effect of muscle relaxation and anger control training program on aggressive behaviors in schizophrenic patients. *The journal of psychiatric nursing and mental health*. 2013; 27(2):69-84.
12. Trinut R. Effects of Biofeedback Program and Imagery on Aggressive Behavior Levels. [Bangkok University]: Thammasat University; 2014.
13. Natthorn R, et al. Depression therapy by using mind and behavior modification technique [Internet]. [Retrieved on February 10, 2018] From: [http://www.thaidepression.com/www/56/CBT depression.pdf](http://www.thaidepression.com/www/56/CBT%20depression.pdf).
14. Larissa M. Hoogstедера, Geert Jan J.M. Stamsb & Mariska A. Figge. A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2015;26(1):22-37.
15. Kirsten C. Smeets, Anouk A. M. Leeijen and Mariet J. van der Molen. Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. *Europe Child Adolescent Psychiatry*. 2014;38(1):1-10.
16. Thapanic P. The effects of cognitive and behavioral training on negative thoughts and aggressive behavior in high school students. [Master's thesis]: Chiang Mai University; 2009.
17. Pipat P. Effect of therapeutic programs on behavioral modification and aggression behavior. [Bangkok University]: Thammasat University; 2019.
18. Institute of Geriatric Medicine Basic Thai Brain Tests = MMSE-Thai 2002 by the Thai Brain Tests Committee, 1999. Bangkok: Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 1999.
19. Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*. 1986;143 (3) :35-39.
20. Boonjai Srisitit Nararung Research Methodology in Nursing Science. Bangkok: U & I Inter Media; 2010.
21. Smeets, K. C., Leeijen, A. A., van der Molen, M. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2015).
22. Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(3), 255-264.
23. Pachryk K, et al. Results of training in psychiatric and addictive psychiatric patients with motivational and behavioral therapy. Bangkok: Printing Public Company Limited. 2010.
24. Larissa M. Hoogstедера, Geert Jan J.M. Stamsb & Mariska A. Figge. A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2015;3. 22-37.