

ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิด
ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

The effect of Anger Management Base on
Emphasizing Cognitive Therapy Program on
Aggressive Behavior of Schizophrenia Patients

เพชรรัชต์ มหกิตต์ไพศาล

กริชนรินทร์ นาคบุตร

एमหทัย ศรีจันทร์หล้า

กลุ่มภารกิจการพยาบาล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

2566

ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

เพชรรัชต์ มหิตต์ไพศาล, กริชนรินทร์ นาคบุตร และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 8 ครั้ง ระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว 3) โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไปในทางที่ดีขึ้น จึงเป็นทางเลือกในการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิด ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

The effect of Anger Management Base on Emphasizing Cognitive Therapy Program on Aggressive Behavior of Schizophrenia Patients

Petcharat Mahakitpisan, Krichnarin Nakbutr and Emhathai Srichanla

Abstract

Objective: To compare the mean scores of aggressive behaviors of schizophrenia patients with violent behaviors during the periods before and after the experimental program, and also at the 1-month follow-up between the experimental program and control groups.

Methods: This study was quasi-experimental design research. The sample consisted of 52 male schizophrenic patients with violent behaviors diagnosed by a psychiatrist as schizophrenia (F20.0-F20.9) according to the diagnostic criteria of the World Health Organization's ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition). They were divided into an experimental group of 26 patients and a control group of 26 patients. The experimental group was treated with an anger management program to adjust the thinking about the aggressive behaviors of schizophrenic patients with violent behaviors 8 times from August 2023 to October 2023. The control group was treated by using routine nursing care. The research instruments were 1) A personal data recording form, 2) An aggressive behaviors. 3) Anger Management Base on Emphasizing Cognitive Therapy Program on Aggressive Behavior of Schizophrenia Patients. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test independent, and Repeated Measure ANOVA.

The result: The research result found that 1) the mean score of aggressive behaviors of the experimental group and the control group that the period before the experiment, the period after the experiment, and the period after in receipt of the program and follow-up within 1 month were statistically significantly different at the .05 level. 2) The mean score of aggressive behaviors of the experimental group during the period before the experiment, the period after the experiment, and follow-up within 1 month were statistically significantly different at the .05 level.

Conclusion: The anger management program with cognitive modification affects changing aggressive behaviors in schizophrenia patients with severe behaviors positively. Therefore, it is an alternative treatment to reduce severe aggressive behaviors and violent behaviors in schizophrenia patients.

Keywords : aggressive behavior, schizophrenia patients, anger management program

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากนางวัชณี หัตถพนม อดีตหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดร.ลัดดา แสนสีหา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และดร.วีรติ พงษ์ทิพย์วัฒน์ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือและโปรแกรม ในสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า

ขอขอบพระคุณ ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์ อาจารย์วิทยาลัยบรมราชชนนีนครธวัชบุรี และ ดร.ณัฐพล ยุวนิช อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาระเบียบสถิติการวิจัยและภาษาต่างประเทศ อาจารย์วิไลพร พลสูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาระเบียบสถิติการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่ายิ่ง ในด้านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากดร.อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ วิทยุ.นันท์นภัสร์ สุขสุวานนท์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และดร.วีรติ พงษ์ทิพย์วัฒน์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี

ขอบพระคุณท่านนายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และบุคลากรกลุ่มภารกิจการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาให้การสนับสนุน ในการเก็บข้อมูลการวิจัยและเป็นกำลังใจในการดำเนินงานการศึกษาครั้งนี้ ให้สำเร็จได้ด้วยดี ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เพชรรัชต์ มหิตต์ไพศาล
กริชนรินทร์ นาคบุตร
เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความสำคัญของปัญหา	1
2. คำถามการวิจัย	7
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
4. สมมติฐานการวิจัย	7
5. ขอบเขตการวิจัย	7
6. คำนิยามศัพท์	7
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	10
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	21
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ	30
4. แนวคิดการปรับความคิด	31
5. โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	36
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
7. กรอบแนวคิดการวิจัย	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. รูปแบบการทดลอง	44
2. ประชากร	44
3. กลุ่มตัวอย่าง	45
4. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
6. วิธีการดำเนินการวิจัย	52
7. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย	56
8. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
1. ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	58
2. ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	62
3. ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและ ระยะติดตามผล 1 เดือน	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
1. สรุปผลการวิจัย	72
2. อภิปรายผลการวิจัย	73
เอกสารอ้างอิง	79
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรม	91
ภาคผนวก ข หนังสือเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ	93
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	96
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย	98
ภาคผนวก จ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย	102
ภาคผนวก ฉ ใบประกาศการผ่านการอบรมออนไลน์หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคน	105
ภาคผนวก ช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	107
ภาคผนวก ซ ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย	157

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางกำหนดการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	55
2	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพและการนับถือศาสนา	59
3	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพและการนับถือศาสนา	60
4	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต	61
5	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	62
6	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองทันทีและติดตามผล 1 เดือน	63
7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองระหว่างระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน เทียบกับระยะก่อนการทดลอง	64
8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน	65
9	เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	65
10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการ ทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน	67
11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแตกต่างของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน เป็นรายคู่	67

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	43
2	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	56
3	กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน	66

บทที่ 1

บทนำ

1.ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งด้านของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม พบว่าอุบัติการณ์ในช่วงหนึ่งของโรคจิตเภทอยู่ที่ประมาณ 0.20 ต่อ 1,000 ต่อปีและความชุกในขณะนั้นหรือความชุกขณะใดขณะหนึ่ง (point prevalence) โดยทั่วไปสูงเป็น 10 เท่าของอุบัติการณ์ในช่วง 1 ปี ซึ่งพบว่าความชุกในขณะหนึ่งของโรคจิตเภทประมาณ 5 ต่อ 1,000 (Eston, et al., 2002, อ้างใน เพชร สายบัว, 2563) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะพบพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggression) และพฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) ได้บ่อย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญซึ่งพบได้บ่อยและพบมากที่สุดในการผู้ป่วยจิตเภท (ศุภโชค สิงห์กันต์, 2559; พงศธร พหลภาคย์ และภัทรี พหลภาคย์, 2560 ; World Health Organization, 2022) ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงนี้จะแสดงออกทางวาทะที่คุกคามข่มขู่ การทำร้าย การทำร้ายตนเองและผู้อื่น ที่มีเป้าหมายให้ผู้อื่นเกิดอันตรายโดยตรง (Fazel et al., 2016 ; Wu Kang, et al., 2018) พฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่ หรือกระทำการอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล หรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมากถึง ร้อยละ 84.80 แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชน ร้อยละ 42.90 (ศิริพรรณ ธนันชัย, 2559) ก่ออาชญากรรมรุนแรง 4-5 เท่า เช่นการทำร้ายร่างกาย การฆาตกรรม (Creemers et al., 2018) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 13.2 มีประวัติกระทำความผิดทางอาญาร้ายแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Fjellvang et al., 2018) ผู้ที่มีประวัติเคยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก่อนจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ เพราะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Lamsma & Harte, 2015 ; Pachi et al., 2022) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ (เอกอุมา อัมคำ, 2560) ทำให้มีโอกาสก่อความรุนแรงสูงถึง ร้อยละ 87.8 (National Institute of Mental Health, 2019) พบพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า เช่น การทำร้ายตนเอง ร้อยละ 49 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น เช่น การทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ 38 (Girasek et al., 2022) พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญที่ญาตินำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 81.97 เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ (Cho et al., 2019) อาจทำให้การรักษาใช้เวลานานขึ้น เป็นการเพิ่มภาระหน้าที่ในการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Weltens et al., 2021) คู่ชีวิตต้องรับผิดชอบเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดิม เกิดความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ เนื่องจากความรับผิดชอบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ (นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2563)

ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence) พบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงที่สุดในกลุ่มโรคจิตเภท ร้อยละ 43.22 คือมีประวัติทำร้ายบุคคลอื่นด้วยวิธีรุนแรงและก่อเหตุความรุนแรงในสังคม ร้อยละ 49.09 (กรมสุขภาพจิต, 2563) ปัจจัยที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในโรคจิตเภทพบว่ากลุ่มโรคที่มีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของกระบวนการคิด พฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้ขึ้นเสียงสั่งให้ทำร้ายคนอื่นและเห็นภาพหลอน(Wu et al, 2018)

อาการหลงผิดและความรุนแรงที่เฉพาะเจาะจง รวมถึงอาการหลงผิดว่าถูกสอดแนม ถูกติดตาม การถูกควบคุม การล่วงรู้ความคิด และการมีอำนาจพิเศษ เป็นความหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธ (Painte et al, 2019) การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรง และการถูกทำร้ายเกี่ยวข้องโดยตรงกับอาการเชิงบวกที่มีความรุนแรง (Kheradmand et al., 2022) อารมณ์ทางลบ เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า (Gooding et al., 2015) พบความชุกอยู่ร้อยละ 0.5 – 1.2 ของประชากรทั้งหมด (Wu et al. , 2022) พบว่า โรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตราย 15 เท่า (Coid et al., 2013) ผู้มีประวัติใช้สารเสพติด เช่น การเสพยาแอมเฟตามีน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากที่สุด (ภาณุรัตน์ ศรีมงคล และนริสา วงศ์พนารักษ์, 2565) มีประวัติถูกล่อลวงละเมิดทางเพศ ถูกละเลยในวัยเด็ก พฤติกรรมต่อต้านสังคมและเคยมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน ซึ่งความรุนแรงในอดีตเป็นตัวทำนายที่สำคัญและมีน้ำหนักที่สุดของการเกิดความรุนแรงในอนาคต จากการศึกษาพบว่าประวัติการทำร้ายร่างกาย การก่อคดี การถูกจำคุกและการตัดสินลงโทษในความผิดทั้งหลาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง (Wu et al. , 2022) พบปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภททั้งทางตรงและทางอ้อม พบว่าในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช โรคจิตเภทพบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงที่สุด ร้อยละ 43.22 ลักษณะความรุนแรงพบว่าเป็น 3 เท่า ใจร้อน วู่วาม การใช้คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (ภาณุรัตน์ ศรีมงคล และนริสา วงศ์พนารักษ์, 2565) และอารมณ์ฉุนเฉียวจากการถูกทำร้าย (WHO, 2019) การขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของตนเอง (jung et al., 2018; Hamming et al., 2019) รวมทั้งการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาและการขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของตนเอง (เอกอุมา อัมคำ, 2560) ปัจจัยทางสังคม เช่น ความกดดันทางสังคม การถูกตีตรา การตำหนิผู้ป่วย การไม่ยอมรับผู้ป่วย (Girasek et al., 2021) จากการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดในหน่วยงานจิตเวชพบว่าร้อยละ 60 ของการบาดเจ็บของเหยื่อเกิดจากพฤติกรรมที่คุกคามและจู่โจมต่อผู้ป่วยเกิดขึ้นก่อน เมื่อบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยบอกให้ผู้ป่วยทำหรือหยุดทำบางอย่าง รวมทั้งการล้อเลียนและการพูดถึงข้อผิดพลาดของผู้ป่วย จึงนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้บุคลากรถูกทำร้ายบ่อยที่สุด (Tesfalem Areya, 2019) ด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมภายนอกได้แก่เสียงที่รบกวน สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีคนจำนวนมาก อากาศไม่ถ่ายเท พยาบาลและทีมบุคลากรที่เข้าไปจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ช่มชู้ผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยกลัว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้สูง (Weltens et al., 2021) การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหาด้านกระบวนการความคิด อาการหลงผิด การจัดการความโกรธ และปัจจัยทางด้านสังคมแวดล้อม อันจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยสะท้อนปัญหาและความรุนแรงจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และบุคคลอื่น (สมภาพ เรืองตระกูล, 2554) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ทรัพย์สินเกิดความเสียหาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50 – 80 มีผลกระทบต่อครอบครัว (Aivalioti et al., 2023) พฤติกรรมก้าวร้าวมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนก่อให้เกิดอันตรายและหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมที่รุนแรงก่อเหตุสะเทือนขวัญและก่อความเสียหายต่อทรัพย์สิน เกิดความเสียหายทั้งทางทางเศรษฐกิจและสังคม (เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, 2561) ขาดการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน (ปราณี เอกชนนิยม และคณะ, 2562) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและทันทั่วทั้งที่ (Weltens et al., 2021) และ

อยากให้มีการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม (ภาณุรัตน์ ศรีมงคล และ นริสา วงศ์พนารักษ์, 2565) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงพบว่า ภายหลังการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตสงบลง ควรเน้นการแก้ไขปัญหาครอบครัวร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้สูงขึ้น

การป้องกันและลดความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติ (มานิช หล่อตระกูล, 2558) การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา เพื่อควบคุมอาการด้านบวกโดยเฉพาะในระยะควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว นอกจากนี้ยังสามารถลดอาการกำเริบของโรคได้ การรักษาที่มีส่วนสำคัญอีกด้านคือการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ จิตบำบัด การให้คำแนะนำครอบครัว กลุ่มบำบัดและนิเวศน์บำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของคอรี่ มะมิง และ วินิภาญจน์ คงสุวรรณ (2566) พบว่าแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมี 6 แนวคิด ได้แก่ 1) การจัดการความโกรธ 2) การจัดการตนเอง 3) สติบำบัด 4) การปรับความคิดและพฤติกรรม 5) การแสดงออกแบบบทบาทสมมติ 6) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีป้องกันและลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการพัฒนาวิธีการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องและหลากหลายในต่างประเทศพบว่าโนวาโก Novaco (1975) เป็นบุคคลที่ทำการบำบัดโดยเน้นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิด ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธซึ่งนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมอารมณ์โกรธ โดยการเปลี่ยนแปลงความคิด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ มีการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสม จนสามารถป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่งมีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้สำหรับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชอย่างแพร่หลาย ในระยะต่อมาได้มีผู้พัฒนาวิธีการบำบัดแบบใหม่ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว การศึกษาของเบิร์น และคณะ (Burns et al., 2003) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีคดี และไร้ความสามารถในการรับรู้ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธ ในผู้ป่วยจิตเวชชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นบุคลิกภาพต่อต้านสังคม และกลุ่มอาการอารมณ์แปรปรวน โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการควบคุมความโกรธเพิ่มมากขึ้นและทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง การศึกษาของชาน และคณะ (Chan et al., 2003 อ้างใน ปราณี เอกชนนิยมและคณะ, 2562) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความโกรธในการลดการแสดงออกของอารมณ์โกรธของผู้ป่วยโรคจิตเภทในตอนเหนือของไต้หวัน โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก พฤติกรรม และสามารถจัดการความโกรธอย่างมีคุณภาพ ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง นอกจากนี้ Beck (1995) ยังได้กล่าวว่าการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการคิดของบุคคล เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตรายและการถูกยั่วยุ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ยังได้กล่าวว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล เพราะฉะนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิดร่วมด้วยเพราะความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม

ความสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการปรับความคิด (ดาร์วอร์น ต๊ะปิ่นตา, 2556) การศึกษาของเมย์ และเวิน (Mei & Wen, 2021) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของ โปรแกรมการบำบัดความรุนแรงแบบบูรณาการการรับรู้ทางปัญญาและระบบประสาทต่อเอ็กซีซิเมียของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการบำบัดที่เน้นที่ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยและความขัดแย้งภายในที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำซาก มีผลลดความหุนหันพลันแล่น ความโกรธความไม่พอใจ ความก้าวร้าวทางร่างกายและความเกลียดชังลดลง และการศึกษาของวรรณิ ศิรินทรากูร นพรัตน์ ไชยธานี และเสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แนวคิดการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Base Cognitive Therapy : MBCT) ของ Segal Williams and Teasdale (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) และแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการแสดงอาการโกรธของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมลดลงหลังการทดลองและระยะติดตาม $p < .01$

ในประเทศไทยได้นำแนวคิดการจัดการความโกรธมาประยุกต์ใช้สำหรับการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างหลากหลายเช่นเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาของ กัญญาวรรณ ระเบียบ (2553) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลัง ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธ ที่เน้นการปรับความคิด ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (ปราณี เอกชนนิยม, 2562) โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโก Novaco (1975) พบว่า กลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงต่ำกว่า ก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวหลังทดลองทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือนลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แนวคิดการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Base Cognitive Therapy : MBCT) ของ Segal Williams and Teasdale (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) และแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการแสดงอาการโกรธของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังการทดลองและระยะติดตาม ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปถึงแนวคิดสำหรับการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่มีผู้นำมาใช้อย่างกว้างขวาง คือ แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) การฝึกการผ่อนคลาย

กล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) การให้สุขภาพจิตศึกษา และร่วมกับแนวความคิดการปรับความคิดของ Beck (1995)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีหน้าที่หลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากสถิติการให้บริการ มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 74,553 , 88,518 และ 77,966 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2563, 2564, 2565) และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2,869, 2,242 และ 2,937 ราย ผู้ป่วยจิตเวชจะมีความผิดปกติของการรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ความคิด การรับรู้ ความจำและเข้าใจปัญหา และกลายเป็นโรคที่เรื้อรังถ้าไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องหรือเกิดพฤติกรรมรุนแรง มีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเกิดเหตุอาชญากรรมในชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชายชังโค กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีภารกิจหลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีปัญหาสำคัญที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2563-2565 คือปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 67.80, 63.17 และ 67.43 ตามลำดับ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษา (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการดูแลตามระยะการเจ็บป่วย (staging) โดยในระยะวิกฤติฉุกเฉิน (acute stage) มีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความปลอดภัย อาการทางจิตเพลา ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS) เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว และให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เริ่มตั้งแต่การประเมินอาการทางจิตและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม การสนทนาเพื่อการบำบัด การใช้ห้องแยก การให้ยาชนิดแบบออกฤทธิ์เร็วเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และการผูกมัดผู้ป่วยในกรณีที่มีความรุนแรงมากและเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตเพลา พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง (stabilization stage) หรือมีอาการเข้าสู่ระยะคงที่ (stable stage) ซึ่งมักจะพบว่าส่วนใหญ่พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาสำคัญที่ญาตินำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษากรุณารินทร์ นาคบุตร (2551) ได้ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการป้องกันและการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในหอผู้ป่วยชังโค โดยการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสำหรับบุคลากร โดยใช้แนวคิดของ Hamolia (2005) แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) กลยุทธ์การป้องกัน (Prevention strategies) เช่น การตระหนักรู้ของพยาบาล สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก และบอกความต้องการที่เหมาะสม (Assertive training) 2) กลยุทธ์การคาดการณ์เพื่อการป้องกัน (Anticipatory) เช่น การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยา 3) กลยุทธ์การป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น เช่น การจัดการในภาวะวิกฤติ วิธีการเข้าถึงผู้ป่วย การใช้ห้องแยกและการใช้การผูกมัด ซึ่งการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวจะเน้นที่วิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่บุคลากรนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะวิกฤติฉุกเฉิน (acute stage) เป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความปลอดภัย พบว่าจำนวนครั้งการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งหมด 71 ครั้ง วิธีการจัดการที่ใช้มากที่สุดคือการให้ยาชนิดทันที จำนวน 67 ครั้ง การพูดคุยสื่อสาร 45 ครั้งและการใช้ห้องแยก 35 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะบำบัด

แบบรายบุคคล ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการช่วยเหลือเพื่อลดความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะวิกฤติฉุกเฉินเท่านั้น ยังไม่มีการบำบัดผู้ป่วยที่สอนความรู้และทักษะการจัดการกับความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว และยังไม่มีการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อช่วยเหลือป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะที่ผู้ป่วยอาการสงบ กิจกรรมการพยาบาลได้แก่การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรมสันติภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษา และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นต้น จากประสบการณ์และการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการกำเริบ จำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเกือบทั้งหมดของอาการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำจากญาติ จำนวน 10 คน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธ (จำนวน 10 คน) เมื่อมีความโกรธ จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (10 คน) ทำลายข้าวของ (8 คน) ทำร้ายผู้อื่น (6 คน) เอะอะโวยวาย สร้างความรำคาญ ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา สาเหตุที่สำคัญคือการขาดยาและการไม่รับประทานยา จึงจำเป็นต้องนำส่งผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ เมื่อสอบถามญาติว่าอยากมีส่วนร่วมหรือต้องการให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องอะไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เรื่องที่ญาติต้องการได้แก่ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น ระยะเวลาในการรักษาและการกินยา วิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือกินยา และแนวทางและวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ถึงผลการจัดการความโกรธด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิด ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโปรแกรมนี้อย่างไม่เคยใช้ในการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และพบแนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงขึ้น โดยเฉพาะหอผู้ป่วยจิตเวชชายชงโคที่รับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรับไว้รักษา นอกจากนี้ยังพบหลักฐานยืนยันว่าการบำบัดผู้ป่วยแบบกลุ่ม ซึ่งมีผลคือบำบัดได้ครั้งละจำนวนมาก กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ได้ดีกว่าการบำบัดรายบุคคล เพราะมีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงช่วยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยให้ผู้ป่วยได้นำประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริงได้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มภารกิจพยาบาล และได้รับมอบหมายให้เป็นผู้แทนหอผู้ป่วยจิตเวชชายชงโค มีความตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทว่ามีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ และในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ยังไม่มีมีการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว มาใช้ในการบำบัด เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการความโกรธของตนเองได้อย่างเหมาะสม และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2. คำถามการวิจัย

2.1 พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2.2 พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดมีพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.สมมติฐานการวิจัย

4.1 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกัน

4.2 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

5.ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 - ตุลาคม 2566

6.คำนิยามศัพท์

6.1 พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออก สามารถสังเกตได้โดยเป็นการโต้ตอบหรือตอบสนองอย่างเฉียบพลัน เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ใช้เกณฑ์ประเมินของยูโดฟสกี (Yudofsky et al., 1986) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยกชพงศ์ สารการ (2542) ประกอบด้วยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ระดับ คือ 0 คะแนน = ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเลย 1 - 7 คะแนน = มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย 8 -14 คะแนน = มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง และ 15 - 21 คะแนน = มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับรุนแรง

6.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของของยูโดฟสกี (Yudofsky et al.) (1986) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยกษพงศ์ สารการ (2542) ประกอบด้วยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ และมีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง (8 - 14 คะแนน) และระดับรุนแรง (15 - 21 คะแนน)

6.3 โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง กิจกรรมที่ลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) และแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการวิจัยของพญกัณฑ์ ผางแก้ว (2558) เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 - 90 นาที การบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 บำบัด 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2 บำบัด 4 ครั้ง สัปดาห์ที่ 3 บำบัด 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองนำวิธีการจัดการความโกรธไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความคิด** มี 2 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ **ขั้นตอนที่ 2 การฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ** มี 4 กิจกรรม คือ 3) การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ 5) การฝึกทักษะการจินตนาการ 6) การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม **ขั้นตอนที่ 3 การนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น** มี 2 กิจกรรม คือ 7) การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และ 8) การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

6.4 การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ได้รับการบำบัดจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำตึกผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบและได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นต้น

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

7.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการบำบัดตามโปรแกรม หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย

7.3 เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

7.4 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัย ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
3. แนวคิดการจัดการความโกรธ
4. แนวคิดการปรับความคิด
5. โปรแกรมการจัดการกับความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1.1 ความชุกของผู้ป่วยจิตเภท

ความชุกพบมากกว่า 21 ล้านคนของประชากรทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเภท พบร้อยละ 1 ในขณะที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกันพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท พบร้อยละ 0.3-0.7 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท พบร้อยละ 0.6-1.9 ในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทของประชากรไทยช่วงอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 0.9 (จรรยา ธัญญาดิ, 2559) อายุและเพศ พบว่ามีความชุกของโรคเท่ากันในเพศชายและเพศหญิง แต่ทั้งสองเพศมีความแตกต่างกันในเรื่องอายุที่เริ่มป่วย และสาเหตุของความเจ็บป่วย อายุที่เริ่มป่วยในเพศชายมักอยู่ในช่วงอายุ 10-25 ปี ส่วนใหญ่เพศหญิงมักอยู่ในช่วงอายุ 25-35 ปี การสำรวจความชุกของโรคจิตเภทของประชากรไทย พบว่า อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คือ 1.1:1 เพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันตามช่วงวัยคือ ในช่วงอายุ 15-24 ปี พบมากทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนช่วงอายุ 30-44 ปีพบมากในเพศชายและช่วงอายุ 45 - 55 ปี พบมากในเพศหญิง ระยะเวลาการเจ็บป่วยในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายทุกช่วงอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยคือ 30 ปี ในเพศชาย และ 34 ปี ในเพศหญิง (จรรยา ธัญญาดิ, 2559)

1.2 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคปัจจุบันสามารถทำได้ตามระบบการวินิจฉัยมี 2 ระบบคือ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ ICD-10 ซึ่งมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ได้ศึกษาไว้และมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1.เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ.1992 แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภท พิจารณาจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการนำมาก่อน เช่น การขาดความสนใจในการทำงาน สังคม การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าหรือหมกมุ่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก่อนที่จะเกิดอาการทางจิต เป็นต้น ซึ่งอาจเป็น

อาทิตยหรือเป็นเดือน จึงเป็นการยากที่จะบอกระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้เวลากำหนด 1 เดือน จึงเริ่มนับตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิตเภทเท่านั้น ไม่นับรวมระยะเกิดอาการนำ

ลักษณะของอาการที่จะวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ (หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน) ในข้อ 1- 4 หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะของอาการมีดังต่อไปนี้ (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหายไปกะทันหัน หรือถูกดึงไปจากบุคคลหรืออานาจภายนอก (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน รู้หมดว่าตนคิดอะไรอยู่ (Thought broadcasting)

2) หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง ควบคุมบังคับให้ทำ (Delusion of control, Influence or passivity) โดยอาจแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perception) คือผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมา ในขณะเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น เห็นจรรยาจรโบกมือให้สัญญาณ เกิดความคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

3) ประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงคนพูดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือเสียงคนถกเถียงกันเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือได้ยินเสียงจากบางส่วนของร่างกาย

4) ความหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่นาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้า หรือมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน

5) ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่นาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างมาก (Over-valued ideas) ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตยหรือเป็นเดือน

6) มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานานผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สิ้นน้ำเฉยเมย (Apathy) พูดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ที่อ่อๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

9) อุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย กิจจกร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตัวเอง

สิ่งที่ควรคำนึงในการวินิจฉัยโรค คือ การทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพราะความเชื่อมันต่อสิ่งหนึ่งในวัฒนธรรมหนึ่ง ที่เห็นว่าเป็นเรื่องผิดปกติ เช่น การคิดว่ามีคนเข้ามาอยู่ในตัว (การเข้าทรง

ผีเข้าสิง) อาจเป็นเรื่องปกติในบางวัฒนธรรมก็ได้ อีกทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และภาษาก็มีความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรม

1.2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders^{5th} ed.:DSM-V) เป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์ทางอเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 เริ่มใช้ ค.ศ.1994 การวินิจฉัยมีด้วยกันทั้งหมด 6 ข้อ จาก A ถึง F เกณฑ์ข้อ A ยังแบ่งวินิจฉัยย่อยออกไปอีก การที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะครบเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ

A ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

- อาการหลงผิด (Delusion)
- อาการประสาทหลอน (Hallucination)
- ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (Disorganize speech)
- มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (Catatonia) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เห็นได้อย่างชัดเจน (Disorganize behavior)

- อาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบเฉย (Affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

หมายเหตุ เพียงอาการเดียวในข้อ A ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอน เป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาตอบโต้กัน

B มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมสำคัญๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงมากจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้จะอยู่นานพอสมควร

C ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจนับรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (Prodromal symptoms) หรือระยะหลงเหลือของอาการ (residual symptoms)

D ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder ต้องแยกโรค schizoaffective และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต

E ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสารเสพติด ยา หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

F ความเกี่ยวเนื่องกับ pervasive developmental disorder หากมีประวัติ autistic disorder หรือ developmental disorder อื่นๆจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

1.3 อาการและอาการแสดงพฤติกรรมรุนแรง

1.3.1 อาการหลักของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็นกลุ่มอาการใหญ่ๆ ดังนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2554)

1.3.1.1 อาการด้านบวก (Positive symptoms) ประกอบด้วย

- อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (Fixed beliefs) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แม้จะมีหลักฐานมาแย้ง ชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่นหรือเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบๆตัวเกี่ยวข้องกับตนเอง (Delusion of reference) หลงผิดว่ามีความเจ็บป่วยทางกาย (Somatic delusion) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) หลงผิดว่ามีคนมาหลงรักตน (Erotomania delusion) หลงผิดคิดว่ามีอำนาจบางอย่างจากภายนอกสามารถควบคุมความรู้สึก ความคิด และการกระทำของตนเอง (Delusion of being controlled) เป็นต้น

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อย คือ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน หรืออาการหูแว่ว (Auditory hallucination) โดยผู้ป่วยอาจจะได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (Voice discussing) และเสียงวิพากษ์วิจารณ์การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย (Voice commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาจเป็นเสียงที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคาม หยาดคาย ต่อว่าหรือดูถูกผู้ป่วย เป็นเสียงที่มาจากภายในร่างกายของตนเอง เช่น สมอหงั่วใจ หรือเป็นเสียงที่มาจากภายนอกในร่างกายของตนเอง เช่น หลังคาบ้าน พัดลม ดวงดาว อาการประสาทหลอนชนิดที่มักพบรองลงมา คือ อาการประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือเห็นภาพหลอน (Visual hallucination) เช่น เห็นภาพคน ภาพผี หรือสิ่งของ เป็นต้น ส่วนอาการประสาทหลอนทางการสัมผัสทางร่างกาย (Tactile hallucination) การได้ยิน (Olfactory hallucination) และการรับรส (Gustatory hallucination) พบได้น้อย ซึ่งอาการประสาทหลอนต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าภายนอกผิดไปจากความเป็นจริง (Illusion) เช่น เห็นเชือกเป็นงู เห็นสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นงู เห็นเสื้อกันหนาวที่ห้อยไว้กับที่แขวนเป็นหมี

- ความผิดปกติของความคิด (Disorganized thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ตลอดและแสดงออกทางคำพูด (Disorganized speech) เช่น มีความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งโดยขาดความเชื่อมโยงกัน หรืออาจเกี่ยวข้องกันเพียงเล็กน้อย (loose association) ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนเหตุการณ์

- ความผิดปกติของพฤติกรรม (Grossly disorganized or abnormal disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อน หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล ร้องเอะอะโวยวาย นอกจากนี้ยังมีการแบบ catatonic behavior คือ ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงชัดเจน เช่น อยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหว (Catatonic stupor) หรือเคลื่อนไหวมาก มีพฤติกรรมวุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้ (Catatonic excitement)

1.3.1.2 อาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านลบที่สำคัญในโรคจิตเภท ได้แก่

- พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูดหรือตอบสั้นๆ เนื้อหาที่พูดมีน้อย หรือไม่มีเนื้อหาสาระ รอนานกว่าจะตอบคำถาม หรือพูดแล้วหยุดเงียบไป

- อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก เช่น สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการตอบสนองหรือแสดงท่าทาง

- ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สามารถริเริ่มในกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ เป็นเวลานานๆ โดยไม่ทำอะไร ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเองและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

- ขาดความสุข (Anhedonia) รู้สึกชีวิตไม่มีความสุขแม้จะมีเรื่องดีๆ ไม่เบิกบานใจในการทำกิจกรรม หรือการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือไม่ค่อยมีกิจกรรมบันเทิงและกิจกรรมทางเพศ ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่แสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น ไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม (Asociality) เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก

1.3.1.3 ด้านความคิด (Cognitive symptoms) จะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของความคิด (Cognitive dysfunction) ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (Working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

1.3.1.4 ด้านอารมณ์ (Affective symptoms) เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น หรืออารมณ์ครั้นเคร่ง แต่อารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัด และไม่ยาวนานเมื่อเทียบกับอารมณ์ด้านบวก อาการซึมเศร้าที่เกิดหลังอาการทางจิต (Post psychotic depressive disorder)

1.3.1.5 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป (Lack of insight) มีความผิดปกติทางความคิดเกี่ยวกับสังคม (Social cognition deficit) ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกกว่าคนอื่นคิดอะไร มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก (Motor condition sensory integration and motor sequencing) และมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของตา (Smooth pursuit eye movement) เป็นต้น

1.4 อาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (aggressive and violent behavior) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมการแสดงออกอย่างรุนแรงโดยตั้งใจ อย่างจริงจังต่อตนเอง ผู้อื่นหรือกลุ่มหรือชุมชน มีโอกาสสูงจะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตาย ทำร้ายจิตใจ หรือถูกคุกคาม ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงนั้นเป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการให้ลดระดับลงได้ โดยผู้ป่วยได้กระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำรุนแรง ด้วยการใช้กำลัง อาวุธ หรือการใช้วาจาข่มขู่ว่าจะใช้กำลัง หรืออาวุธต่อบุคคล อันอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจึงเป็นพฤติกรรม ที่ก้าวร้าวแบบสุดๆ มีลักษณะคือบันดาลอารมณ์โกรธออกมาอย่างกะทันหัน ทำให้บาดเจ็บขึ้นทันที หรือทำร้ายบุคคล ทำลายสิ่งของ หรือองค์กร การล่อลวงละเมิด การสบประมาท การทำให้บาดเจ็บ และเป็นการใช้กำลังโดยพลการ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือทรัพย์สิน หรืออีกนัยหนึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นความก้าวร้าวในระดับสูงสุดจากความก้าวร้าวทั้งหมด 4 ระดับคือ เล็กน้อย ปานกลาง มาก และรุนแรง

Yudofsky et al.(1986) กล่าวถึงอาการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทางคำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดตำหนิตะเยียน วิพากษ์วิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้ายส่งเสียงดัง ขู่ ตะคอก อะอะอาละวาด วางอำนาจ พุดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระแทกกระนั้น พุดวาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนดุด่า เป็นต้น

2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิกข่วนตัวเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การดึงเส้นผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การจุดไฟเผาตนเอง การทิ้งตัวลงพื้นหรือวิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรงและการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น ได้แก่ การหาเรื่องวิวาท ทำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่นโดยการกัด ตี ตะเตะ ผลัก บ้วนน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำลายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผาสิ่งของ ปิดประตูเสียงดัง เป็นต้น

1.5 การบำบัดรักษา

วิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การบำบัดรักษาที่ครอบคลุมทั้งการรักษาทางชีวภาพ เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาด้วยจิตสังคม เช่น การจัดการรายกรณี การจัดการเกี่ยวกับตนเอง การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา และการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม การให้การบำบัดกับครอบครัว การฝึกทักษะทางสังคมและศิลปะบำบัด (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2559)

1.5.1 การบำบัดรักษาทางชีวภาพ

1.5.1.1 การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs หรือ Major Tranquilizers) วัตถุประสงค์หลักของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต คือการควบคุมอาการทางจิตให้สงบโดยเร็วและการป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยาต้านโรคจิตแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ typical antipsychotic drugs และ Atypical antipsychotic drugs การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1 ระยะเวลาควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การใช้ยาที่ออกฤทธิ์เพื่อควบคุมอาการวุ่นวายของผู้ป่วยให้สงบ (Sedating effect) เร็วที่สุด ส่วนฤทธิ์ของยาในการรักษาอาการทางจิตนั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ หลังจากรักษาได้ 2 สัปดาห์อาการทางโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา ช่วงที่ 2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ต้องควบคุมขนาดของยาที่ใช้ให้ต่ำกว่าระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุด ที่ควบคุมอาการได้ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาฉีดประเภทยานาน (Long action)

1.5.1.2 การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาวิธีนี้ใช้ได้ผลดีมากสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะต่อไปนี้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิด catatonia ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลบ้างเท่านั้นและผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารักษาโรคจิตได้ การพยาบาลที่สำคัญของการรักษาด้วย ECT คือการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาดังวิธีนี้ ได้แก่ การให้งดอาหารและน้ำดื่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย ECT เพื่อลดความกลัว ความกังวลของผู้ป่วยก่อนการรักษา การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการชักที่นาน การพยาบาลหลังชักใหม่ๆ เช่น การป้องกัน ไม่ให้มีการสำลักน้ำลาย การพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยสับสนหลังชักใหม่ๆ และการช่วยฟื้นคืนสติของผู้ป่วย เป็นต้น

1.5.2 การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) ประกอบด้วย

1.5.2.1 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นเร้าเกินไป คือ ไม่มีกิจกรรมใดๆ ให้กับผู้ป่วย หรือมีการทำกิจกรรมแบบเดิมซ้ำๆ โดยไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้คิดหรือ มีส่วนร่วมตัดสินใจจะทำให้ผู้ป่วยขาดความริเริ่ม เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ แยกตัวเอง การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมทักษะทางสังคม กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมกระบวนการคิดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่โรงพยาบาล

สิ่งแวดล้อมบำบัด หมายถึง การวางแผนอย่างมีขั้นตอนในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษา โดยเป้าหมายของแผนการรักษามุ่งใช้สภาพแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะทางด้านสังคมและอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยทุกคนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดยเฉพาะเมื่อออกไปอยู่ภายนอกโรงพยาบาล องค์ประกอบที่สำคัญของสิ่งแวดล้อมบำบัด คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดหอผู้ป่วยควรมีความเป็นส่วนตัว แต่ไม่ควรมีสถานที่ที่เป็นที่ลับที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย การให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ ได้สวมใส่เสื้อผ้าของตนเองก็เป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความมั่นใจในตนเองและการตระหนักในคุณค่าของตน สิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล ครอบคลุมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลและผู้ป่วยด้วยกันเอง บุคลากรของโรงพยาบาล เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด พนักงานทำความสะอาด ควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ยอมรับความเป็นบุคคลให้มีความสำคัญต่อการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและการเลือกกิจกรรมเป็นตัวอย่างที่ดีของบุคคลปกติทั่วไป ให้ผู้ป่วยได้ลอกเลียนแบบทั้งทางด้านการสื่อสาร มนุษยสัมพันธ์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรบกวนควมควบคุมตัวเองไม่ได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ควบคุมตัวเองได้ เพื่อลดการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยคนอื่นๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญ

1.5.2.2 การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการเรียนรู้การตอบสนองต่อปัญหาหรือความยุ่งยากต่างๆ โดยฝึกการจัดการแก้ไข ปัญหา ไม่ปล่อยวาง ไม่เพิกเฉย ไม่ท้อถอย ไม่ตำหนิตัวเอง และไม่ปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะนี้เป็นทักษะที่ต้องเรียนรู้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจริงด้วยตนเอง

1.5.2.3 การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยปลดพันธะ หรือการเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกด้านลบ ปัญหาหรือพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมสามารถนำไปใช้ร่วมกับยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดอาการทางบวกทั้งในระยะเกิดโรคครั้งแรกและเรื้อรัง การบำบัดรายบุคคลเหมาะกับผู้ป่วยในระยะเกิดโรคครั้งแรก สำหรับการบำบัดเป็นกลุ่มเหมาะกับผู้ป่วยในระยะเรื้อรัง

1.5.2.4 การให้การบำบัดกับครอบครัว (Family intervention) สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักต้องเผชิญกับปัญหาและความยุ่งยากของผู้ป่วย ทั้งในระยะวิกฤตและระยะหลงเหลืออาการ โดยเฉพาะหากเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอาจต้องถูกแบ่งแยกออกจากสังคมและชุมชน และทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะความอายที่จะเปิดเผยว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท ดังนั้นการให้การบำบัดกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยไปในทางบวกมากขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและการดูแลรักษามากขึ้น มีการฝึกทักษะการแก้ปัญหา การสร้างเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการเพิ่มคุณภาพชีวิตในครอบครัว ทั้งนี้โดยผ่านรูปแบบและวิธีที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้กับครอบครัว (Family therapy) จะเน้นที่การบำบัดรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสม โดยการระบุรูปแบบการสื่อสารที่บิดเบือน และฝึกสมาชิกในครอบครัวให้มีทักษะการแก้ปัญหา และทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมในการจัดการกับความขัดแย้งในครอบครัว ส่งผลต่อการลดความรู้สึกลดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวลงได้ (Herzog, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรวิรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2559) ครอบครัวบำบัดต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง

1.5.2.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) การฝึกที่มีความจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เช่น การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เป็นการฝึกที่มีความ

จำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท การได้เรียนรู้การสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสมจากต้นแบบ จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงได้ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Simpson & Morarity, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2559)

1.5.2.6 ศิลปะบำบัด (Arts therapies) รูปแบบของศิลปะที่ใช้แบ่งได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ดนตรี ศิลปะ การแสดงละคร และการเต้นรำหรือการเคลื่อนไหว จุดเน้นของศิลปะบำบัดคือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ และถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของศิลปะชนิดต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การใช้ศิลปะบำบัดจะเป็นประโยชน์อย่างมากโดยเฉพาะกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงทางลบ (Sin, 2013 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2559) และควรพิจารณาใช้ศิลปะบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภททุกราย (National Institute for Health and Care Excellence, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และ ปลดา เหมโลหะ, 2559)

1.5.2.7 การจัดการรายกรณี (Case management) การจัดการรายกรณีเปรียบเสมือนเป็นโค้ชที่ช่วยจัดการสิ่งต่างๆ โดยมีพยาบาลผู้รับผิดชอบรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และทำหน้าที่ประสานงานกับทีมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการรักษาของทีมบำบัดทั้งหมด

1.5.2.8 การบำบัดโดยการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง (Self - management education) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการวางแผนกิจกรรมที่จะต้องทำและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน รวมถึงการฝึกกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงสุรา บุหรี่ สารเสพติด การส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา เป้าหมายในการฝึกคือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาและดูแลตนเอง การจัดการกับอาการต่างๆ การเข้าถึงคน และการประกอบอาชีพ ซึ่งจะมีผลต่อการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Zou et al., 2013 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2559)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ใช้หลักกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้ (เอกอุมา อัมคำ, 2560)

ขั้นที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) คือ การประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และอาการทางจิต โดยใช้กระบวนการประเมินทางการพยาบาลจิตเวช เช่น การตรวจสภาพจิต และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ จัดเรียงลำดับความสำคัญ รวบรวมเป็นประเด็นปัญหา ข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนัยน์ตาแข็งกร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกายเกร็ง เคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเองฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

ทางการพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ "ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว" "ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่นเนื่องจากสูญเสียการรับรู้" "ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความโกรธของตนเองได้" เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลว่า มุ่งเน้นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะของสถานการณ์และบุคคล ที่มีความแตกต่างกันเป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายในเวลาที่จำกัด พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ วัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามลำดับความจำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของความรู้สึกและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลง การปฏิบัติการพยาบาลมีหลักการ ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2) การสื่อสาร ควรสื่อความหมายทั้งทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง และการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดและความรู้สึก เลี่ยงการข่มขู่ พูดซ้ำๆ ชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ตัดสินความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) เป็นการจัดการด้วยวาจาที่สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ถ้าใช้เทคนิคการสื่อสารที่ถูกต้อง เริ่มใช้ได้เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีความโกรธและยังเป็นวิธีที่ทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยวิธีการพูดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีความโกรธหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น ท่าทีของพยาบาลควรมีที่ท่าที่สงบ (calm) และมั่นคง (firm) พยาบาลควรคุมอารมณ์ของตัวเองไว้ ไม่ว่าจะรู้สึกอย่างไร ไม่แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลกลัวเขา หรือกำลังก้าวร้าวใส่เขา เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเข้าหาผู้ป่วยคนเดียว ควรมีเพื่อนเข้าไปด้วย เพราะตามสัญชาตญาณ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาได้เปรียบผู้ป่วยจะอาละวาดรุนแรงยิ่งขึ้น พยาบาลควรยืนห่างผู้ป่วยพอสมควร เพราะถ้าเข้าใกล้ผู้ป่วยมากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าถูกจู่โจมทำร้ายเขา ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นและทำร้ายเจ้าหน้าที่ได้ และควรระมัดระวังถึงท่าทางของพยาบาลที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น 1) การยืนเอามือเท้าเอวอาจมองดูเหมือนพยาบาลวางอำนาจ 2) การยืนเอามือไขว่กันไว้ข้างหน้า อาจแสดงถึงความกลัวหรือความวิตกกังวลของพยาบาล 3) ยืนเอามือไขว่หลัง อาจแสดงว่าพยาบาลซ่อนบางสิ่งไว้ และ 4) วิธีที่ดีควรเอามือไว้ข้างๆ ตัว หรืออาจยืนข้างๆ เก้าอี้ และเอามือจับเก้าอี้ไว้เพื่อให้รู้สึกอบอุ่นใจ (ไม่ควรทำท่าทางเหมือนจะยกเก้าอี้ขึ้นมา เพราะผู้ป่วยอาจตีความหมายว่าพยาบาลทำร้าย) ถ้าผู้ป่วยส่งเสียงดัง เรียกชื่อของผู้ป่วยด้วยเสียงที่ดังพอควร เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินเพราะการเรียกชื่อ เหมือนเป็นการเตือนสติของผู้ป่วย (อย่าทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลกำลังก้าวร้าวใส่เขา เพราะจะทำให้ผู้ป่วยจะก้าวร้าวมากขึ้น) และบอกให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมก้าวร้าวที่กำลังกระทำอยู่ หรืออาจสะท้อนความรู้สึก

ของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยังไม่หยุดพฤติกรรมก้าวร้าว การพยาบาลที่ควรปฏิบัติต่อไปคือการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยก หรือใช้การผูกมัด

3) รับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบและสังเกต ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธ

4) ในขณะเผชิญกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยาบาลควรสงบ ควบคุมตนเองให้ได้ ไม่ควรโต้ตอบเสียงดังหรือแสดงท่าทีคุกคาม เพราะยิ่งกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยให้รุนแรงขึ้น เอาใจใส่และประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับการรับรู้ขณะนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้

5) ไม่สัญญาในสิ่งที่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้และไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณกล้งโทษ เพราะอารมณ์โกรธ ควบคุมความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นมนุษย์ การช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การดูแลและสร้างความมั่นใจ โดยวิเคราะห์การช่วยเหลือและแยกพฤติกรรมที่ผิดปกติไปที่ละขั้น ไม่ให้มีความมุ่งดูผู้ป่วยไม่จ้องมองผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะทำให้หวาดกลัวมากยิ่งขึ้น การพูดคุยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมของตนเองซึ่งลดความรุนแรงของพฤติกรรมได้

6) ไม่ควรสัมผัสผู้ป่วยในขณะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดระแวงและกลัวมากขึ้น การเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาไม่สำเร็จ ควรมีการช่วยเหลือแบบเป็นทีม (Team approach) โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคุกคาม ใช้คำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักควบคุมตนเองโดยไม่ต้องใช้กำลังบังคับ

7) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (Closer observation) ขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ควรสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งของ พิจารณาหาวิธีการจัดการและประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

8) นำสิ่งต่างๆที่เป็นอันตรายหรือผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธออกให้ไกล

9) การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่งๆ (Holding patient) โดยการทำให้ผู้ป่วยหยุดการเคลื่อนไหว เพื่อให้หยุดการใช้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายไปทำร้ายผู้อื่น ควรพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าคุณคุกคาม ท่าทีมั่นคง ไม่แสดงท่าทางคุกคาม หรือมีอำนาจเหนือผู้ป่วยเพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากยิ่งขึ้น ทำอันตรายกับผู้อื่นได้ ดังนั้นการจัดการควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและระมัดระวัง

10) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก แพทย์พิจารณาให้ยาฉีดทันที (Immediate medication given by injection) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้อาการสงบลงอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรง ที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและสิ่งของได้ ซึ่งยาฉีดจะให้ทางกล้ามเนื้อและเส้นเลือดดำ ควรดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาออกฤทธิ์รวดเร็วและออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอาจเกิดอาการข้างเคียง ดังนั้นจึงควรประเมินสภาพร่างกาย ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้และการวางแผนการพยาบาลต่อไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

11) การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (Isolation without seclusion) ใช้ในกรณีที่พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสิ่งของมาก ซึ่งวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง

12) การแยกผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น ใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการใช้ห้อง

แยกนี้ พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

13) การผูกมัดผู้ป่วย (Use of restraints) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้แล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น จะพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด แต่จะเลือกใช้ เป็นวิธีการสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นใดไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น ซึ่งการจับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (เพียร์ตี เปี่ยมมงคล, 2553) มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญในการผูกมัดผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัย โดยมีหลักการจับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ควรทำอย่างรวดเร็วแต่อย่างรุนแรง จัดทีมเจ้าหน้าที่ในการจับผู้ป่วย โดยการใช้เจ้าหน้าที่ ประมาณ 5 คน ก่อนลงมือทำควรมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละคนทำ โดยคนที่ 1 ทำหน้าที่ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่อีก 4 คน คอยอยู่รอบๆ พอได้จังหวะเจ้าหน้าที่คนที่ 1 จะให้สัญญาณ เจ้าหน้าที่ทั้ง 4 คน เข้าไปจับผู้ป่วยพร้อมๆ กัน โดยจับให้แขนผู้ป่วย ข้างละคน อีก 2 คนจับเหนือเข่า (โดยเข้าทางข้างหลังของผู้ป่วย) ช่วยกันยกผู้ป่วยไปนอนบนเตียง แล้วผูกมัดผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยนอนหงายหรือนอนตะแคง หลังจากนั้น ให้ยาฉีดตามแผนการรักษา และหลังจากผูกมัดผู้ป่วยแล้ว ควรบอกถึงสาเหตุของการที่ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้และ จะยุติการผูกมัดเมื่อใด เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการผูกมัด เพื่อช่วยลดความโกรธและความกังวลของผู้ป่วย บอกถึงสาเหตุที่ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้ และยุติการผูกมัดให้ผู้ผู้ป่วย ทราบอีกครั้ง

14) การร่วมปรึกษาในทีมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรแผนกอื่นหรือตำรวจ ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้อาวุธหรือเครื่องทุ่นแรง บางครั้งการที่บุคลากรเข้าไปหาผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่งจะเหมาะสมกว่าเพราะทำให้ผู้ป่วยไม่ตกใจกลัว มีเวลาคิดไตร่ตรองใน พฤติกรรมที่แสดงออก เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายคำพูดและความรู้สึกออกมา แสดงความต้องการความช่วยเหลือ การเข้าไปดูแลผู้ป่วย 3 - 4 คน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามตื่นตระหนก เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วย แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นได้

15) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ ที่ห่อผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระทบให้ผู้ผู้ป่วยแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศ ของสัมพันธภาพในหอผู้ป่วย ทักษะคิดของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น

16) ควรแยกผู้ป่วยที่กำลังมีอาการโกรธออกจากกลุ่มบุคคลอื่นๆ แล้วสนทนากับผู้ป่วยตามลำพัง เพื่อให้คลายความตึงเครียดและระบายอารมณ์โกรธได้ตามความเหมาะสม

17) ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่น ร่วมหาแนวทางการปรับตัวในสังคมทางบวก ร่วมกันหาแนวทางสร้างแรงจูงใจ สิ่งที่เป็นกำลังใจในการดูแลตนเอง การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต ร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมขณะอยู่โรงพยาบาล เสริมแรงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและกลับเข้าสู่ สังคมปกติ

18) ดูแลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด (Group activity therapy) ตามแผนการรักษาเช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มการจัดการความโกรธ

19) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ให้ความรู้และติดตามประเมินผลข้างเคียงของการใช้ยา

20) ป้องกันโรคแทรกซ้อนด้วยการดูแลให้ได้รับอาหารย่อยง่ายแคลอรีสูง ตามแผนการรักษาและส่งเสริม ดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน สุขวิทยาส่วนบุคคล

21) ให้สุขภาพจิตศึกษา (Mental health education) ตามความสนใจและความเหมาะสมกับผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

22) การประเมินสัญญาณชีพ และลงบันทึกรายงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น "ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม" "ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงน้อยลง" "ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย" เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง

2. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Aggressive and violence behavior) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมแสดงออกอย่างรุนแรงโดยตั้งใจ อย่างจริงจังต่อตนเอง ผู้อื่นหรือกลุ่มหรือชุมชน มีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตาย ทำร้ายจิตใจ หรือถูกคุกคาม ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการให้ลดระดับลงได้ โดยผู้ป่วยได้กระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำรุนแรง ด้วยการใช้กำลัง อาวุธ หรือการใช้วาจาข่มขู่จะทำร้าย หรืออาวุธต่อบุคคล อันอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายถึงชีวิตได้ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจึงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวแบบสุดๆ มีลักษณะคือการบันดาลอารมณ์โกรธออกมาอย่างกะทันหัน ทำให้บาดเจ็บขึ้นทันที หรือทำร้ายบุคคล ทำลายสิ่งของหรือองค์การ ล่วงละเมิด การสับประมาท การทำให้บาดเจ็บและเป็นการใช้กำลังโดยพลการ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือทรัพย์สิน

ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2546) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหมายถึงการกระทำหรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน

ศุภโชค สิงห์กันต์ (2559) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกาย เพื่อข่มขู่หรือกระทำการอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีหรือภาวะขาดแคลนความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ พัฒนาการที่ผิดปกติ

เอกอุมา อัมคำ (2560) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการแสดงออกทางด้านคำพูด การกระทำต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจหรือการปกปิดความกลัว

Yudofsky et al. (1986) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการกระทำที่แสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลาย ซึ่งแสดงออกของพฤติกรรม ใน 4 ลักษณะ คือพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายคนอื่น และด้านการทำลายสิ่งของ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรงที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้นและแสดงพฤติกรรมออกมารุนแรง แสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายคนอื่น และด้านการทำลายสิ่งของ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ และทรัพย์สินเสียหาย

2.2 แนวคิดของพฤติกรรมก้าวร้าว

มีนักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว (Psychological theory) นักจิตวิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีแรงขับและทฤษฎีพุทธิปัญญา

2.2.1.1 ทฤษฎีแรงขับ (Drive theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของมนุษย์เกิดจากแรงขับของสัญชาตญาณ มนุษย์จะรู้สึกทนทุกข์ทรมานถ้าไม่ได้ระบายแรงขับของความก้าวร้าวออกมาอย่างเต็มที่ (ฐิตวัฒน์ หงส์กิตติยานนท์, 2558) พรอยด์ได้อธิบายถึงทฤษฎีสัญชาตญาณที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ ไม่ได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ภายนอก คือมนุษย์เป็นผู้ที่ก้าวร้าวเสมอโดยไม่เลือกสถานการณ์ ดังนั้นบุคคลจึงไม่ควรเก็บความเครียด ความเก็บกดและความก้าวร้าวไว้ ควรหาทางระบายออกไปในทางที่สังคมยอมรับ และไม่ทำให้อีกผู้อื่นเดือดร้อน (วลัยกรณ์ แพร่กิจธรรมชัย, 2555)

2.2.1.2 ทฤษฎีพุทธิปัญญา (Cognitive theory) การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดจากกระบวนการคิดของบุคคล เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกยั่วเย้า จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์ขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Beck 1976 อ้างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2558) นอกจากนั้นยังอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจ ก็จะสูหรือถดถอยหรือระบายออกมา ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ถ้าสะสมไว้และใช้กลไกทางจิตแบบเก็บกด (Repression) ทำให้เพิ่มพูนความไม่พอใจ ถ้าระบายออกมามากเกินไปก็จะแสดงความก้าวร้าวออกมา (Jaques and Reimner, 2005 อ้างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2558)

2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Social learning theory) Bandura, 1997 อ้างใน ปรานี เอกนิยม, 2562) ได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

2.2.2.1 การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดจากการเรียนรู้ 2 ลักษณะ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ ลักษณะแรก คือ การสังเกต เรียนรู้จากตัวแบบ เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมและเรียนรู้วิธีการในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้อื่น เช่นเด็กที่มองเห็นภาพผู้ปกครองแสดงความโกรธโดยการทุบตีคนอื่น การเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงจะเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรง Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้จากการสังเกตเป็นกระบวนการทางปัญญาร่วมด้วย โดยบุคคลจะคาดหวังผลที่จะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ความคาดหวังจึงเป็น

ตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญลักษณะที่สอง คือ เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง คือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับรางวัลหรือเสริมแรง

2.2.2.2 ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ประสบการณ์การเรียนรู้จากอิทธิพลของตัวแบบ ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์จำลองหรือสถานการณ์จริงก็ตาม สิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การต่อสู้ การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกเหยียดหยามหรือการถอดถอนแรงเสริม สถานการณ์เหล่านี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจหรือความโกรธ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย นอกจากนั้นพฤติกรรมก้าวร้าวยังเกิดจากสิ่งจูงใจ เกิดจากความคาดหวังผลในทางบวก ตัวกระตุ้นคือแรงเสริมที่บุคคลคาดหวัง ส่วนการควบคุมด้วยการสอนในการอบรมเลี้ยงดูนั้น บุคคลถูกฝึกให้เชื่อฟังกฎระเบียบต่างๆ ผู้ฝึกจะให้รางวัลแก่การเชื่อฟังและการลงโทษแก่การไม่เชื่อฟัง วิธีการลงโทษที่รุนแรงย่อมทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เพราะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและเห็นตัวแบบที่ก้าวร้าวด้วย

2.2.2.3 การเสริมแรงของความก้าวร้าว แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ เสริมแรงภายนอก เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับแรงเสริม พฤติกรรมก้าวร้าวนั้นจะคงอยู่ แรงเสริมที่ได้จากการสังเกต บุคคลจะสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวแบบที่ได้รับรางวัลมากกว่าตัวแบบที่ไม่ได้รับรางวัล ดังนั้นตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและได้รับรางวัลจะเป็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพ แรงเสริมที่ได้จากการสังเกตจะทำให้หน้าที่ให้ข้อมูล และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตาม และแรงเสริมที่เกิดจากตนเองได้แก่ การลดค่าหรือศักดิ์ศรีของผู้อื่น เช่น การพุดนินทาหรือการตำหนิตายผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น เกิดความพึงพอใจที่ระบายความคับข้องใจได้จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

สรุปได้ว่า การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคล เป็นผลมาจากการสังเกตการณ์ การลอกเลียนแบบ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงรวมกับการได้รับการเสริมแรง จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว (Sociocultural theory) สังคมในตะวันตกยอมรับความมีคุณค่าในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง บทบาทในสังคมทำให้เกิดความไม่ยุติธรรม จากการที่บุคคลหนึ่งมีอำนาจเหนือบุคคลหนึ่ง บุคคลที่ได้รับเกียรติกลุ่มนี้จะควบคุมให้บุคคลอื่นยอมรับหรือเชื่อถือ ความคิด ความเชื่อและการกระทำของตนเอง เช่นการที่ผู้ชายทำร้ายผู้หญิงโดยการคุกคาม ทุบตีและการฆ่าเพศและเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การทำร้ายร่างกาย การคุกคามทำให้กลัว โดยเพศชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (ภาณุรัตน์ ศรีมุงคกุล และนริสา วงศ์พนารักษ์, 2565) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวใดที่สังคมยอมรับและลักษณะใดที่สังคมไม่ยอมรับ โดยมีกฎหมายเป็นบทลงโทษสำหรับผู้ที่จะเมิดบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในสังคมและดูแลความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ในทางตรงกันข้ามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละสังคม มีส่วนในการขัดขวางการแสดงออกของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นการแสดงถึงความสมบูรณ์ด้านอารมณ์ของบุคคล จึงเป็นสาเหตุนำไปสู่ปฏิบัติการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม วัฒนธรรมที่ให้แรงเสริมกับพฤติกรรมก้าวร้าวจะส่งผลทำให้การแสดงความโกรธไปในทางการทำลาย ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีหลายปัจจัย เช่น ทักษะเกี่ยวกับการทำงาน การศึกษา สื่อต่างๆ ศาสนา ทำหน้าที่ไม่เป็นมิตร ปัญหาการว่างงาน เชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความแออัดของชุมชน และอุณหภูมิความร้อนของอากาศ ล้วนมีอิทธิพลต่อการเกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2.4 ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นักจิตวิทยามีความเชื่อว่าสภาพแวดล้อมทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ ซึ่งก่อให้เกิดความก้าวร้าว ทฤษฎีนี้แบ่งความคิดออกเป็นสองแนวคิด คือ

2.2.4.1 สมมติฐานความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration aggressive hypothesis) มาจากความเชื่อของดอลลาร์ดและคณะ (Dollard et al., 1939 อ้างใน วลัยกรณ์ แพร์กิจธรรมชัย, 2555) กล่าวว่า ความก้าวร้าวของบุคคลมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ความคับข้องใจเป็นความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดจากบุคคลถูกขัดขวางไม่ให้บรรลุผลสำเร็จ สรุปว่าเมื่อคนเราถูกขัดใจ เมื่อสะสมไว้อาจเกิดเป็นความก้าวร้าวได้ในที่สุด การถูกบังคับ การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา

2.2.4.2 ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (Aggression cause theory) แนวคิดนี้มาจาก เบอร์โควิทซ์ ซึ่งเชื่อว่า ความก้าวร้าวเกิดจากความคับข้องใจ แต่การแสดงออกจะมากหรือน้อยหรือไม่แสดงออกเลยนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์กระตุ้นที่ทำให้เกิดความก้าวร้าว กล่าวคือลักษณะภายในของบุคคลกับสถานการณ์กระตุ้นจะต้องสัมพันธ์กัน นั่นคือถ้าเกิดความคับข้องใจน้อย แต่มีสถานการณ์กระตุ้นมากก็เกิดความก้าวร้าวได้ หรือถ้าเกิดความคับข้องใจมากแต่มีสถานการณ์กระตุ้นน้อยก็ไม่เกิดความก้าวร้าว (Berkowitz, 1964 อ้างใน วลัยกรณ์ แพร์กิจธรรมชัย, 2555)

2.3 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามทฤษฎี

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าปัจจัยด้านการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในบางทฤษฎีเสนอว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านชีววิทยาและด้านจิตวิทยา และในบางทฤษฎีก็เสนอว่ามีสาเหตุมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยเสนอความเห็นว่าการมีผลต่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแบ่งได้อย่างกว้างๆ เป็น 3 ปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยภายใน (internal factors) 2) ปัจจัยภายนอก (external factors) 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ (situational/interactional factors) หรือ IES factors มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยภายใน (Internal factors) จะเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงโดยตรงกับผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตวิทยา

2.3.1.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) เช่น

1) ความผิดปกติทางระบบประสาทวิทยา เช่น การบาดเจ็บในระบบ ลิมบิก (limbic) หรือสมองส่วนหน้า หรือกลีบสมองด้านขมับ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีความไวต่อการกระตุ้น (irritability)

2) สารสื่อประสาท เช่น กลุ่มอาการ serotonin ต่ำ ซึ่งหมายถึง สภาวะของ serotonin ต่ำลงหรือ 5-hydroxyindoleacetic acid ต่ำ (5-HIAA) มี metabolite ของ serotonin น้อยลงใน CSF (cerebrospinal fluid) ในช่วงเวลาที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง และ/หรือมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น MAO (monoamine oxidase) จะเปลี่ยนแปลง serotonin ให้เป็น 5-hydroxyindoleacetic acid ที่อาจจะมีผลเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังนั้น จึงสนับสนุนสมมติฐานการลดลงของ

ระดับ serotonin ในสมอง และพบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมี 5-HIAA ใน CSF ระดับต่ำสุด (Victor, 2009) โดยที่ serotonin นั้นมีบทบาทสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว ถ้าระดับ serotonin ลดต่ำลง จะมีความเครียดสูงขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้น

3) ความแตกต่างทางเพศ มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่ก้าวร้าว แตกต่างกันอย่างชัดเจน เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเชื่อมโยงถึงความแตกต่างของฮอร์โมนระหว่างเพศ เช่น พบว่าผู้ชายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มักจะมีฮอร์โมน testosterone ในระดับสูง และในผู้หญิงพบว่า ก่อนมีประจำเดือนผู้หญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิด และมีพฤติกรรมไม่เป็นมิตรเพิ่มขึ้น (Lejoyeux et al, 2013; Witt et al, 2013)

4) โรคทางจิตเวช (Psychotic diseases) ผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงนั้น อาจมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (ศุภโชค สิงห์กันต์, 2559 ; Lejoyeux et al., 2013)

4.1) ความผิดปกติของพฤติกรรมแบบท้าทาย (oppositional defiant disorder (ODD)) ซึ่งอยู่ในกลุ่มโรค disruptive behavior disorder (DBD) จะมีลักษณะของ พฤติกรรมที่ดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าวต่อผู้ใหญ่ เช่น พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ ครู หรือบุคคลอื่นๆ มีพฤติกรรมที่เปี่ยงเบน ไปจากเด็กวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องกันนานอย่างน้อย 6 เดือน

4.2) ความประพฤติดีผิดปกติ (Conduct disorder: CD) ในเด็ก หรือวัยรุ่นที่เป็นความประพฤติดีผิดปกติ จะมีลักษณะพฤติกรรมที่ละเมิดต่อสิทธิพื้นฐานของบุคคลอื่นหรือฝ่าฝืน กฎ หรือบรรทัดฐานของสังคมตามวัยอย่างซ้ำซาก และสม่ำเสมอ

4.3) ความผิดปกติของสมาธิ และมีพฤติกรรมที่มากกว่าปกติ (Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เด็กที่เป็น ADHD จะมีความบกพร่องที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น

4.4) ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) เช่น ในกรณีโรค ซึมเศร้า (Depressive disorder) และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

4.5) โรคจิต (Psychotic disorder) ผู้ป่วยโรคจิตเภท มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น ผู้ป่วยอาจมีความคิดหรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เหมาะสม กับสถานการณ์ หรือมีอาการของอารมณ์ที่ผิดปกติ (Mood disorder) ในระยะเริ่มแรกอาจมีอาการยังไม่ ชัดเจน ในระยะที่มีอาการโรคจิตชัดเจนผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากรู้สึกถูกบังคับให้กระทำ หรือทำตามคำสั่งจากเสียงแว่ว ผู้ป่วยอาจมีความคิดหลงผิด หวาดระแวงหรือมีอาการความคิดหลงผิดรูปแบบอื่น จึงตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) แต่ผู้ป่วยโรค จิตเภทส่วนใหญ่ ไม่ได้มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น

4.6) ความผิดปกติจากสารเสพติด (Substance use disorder) สารเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพราะไปยับยั้งความยับยั้งคิด

4.7) โรคทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นบางช่วงเวลา (Intermittent explosive disorder) ลักษณะทางคลินิกของโรคนี้คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมแรงกระตุ้นความก้าวร้าว

ของตนเองได้ และเกิดขึ้นเป็นบางช่วงเวลา ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น เช่น ข่มขู่ว่าจะทำร้ายร่างกาย ทำร้ายร่างกาย หรือทำลายทรัพย์สินอย่างรุนแรง (เอกอุมา ยิ้มคำ, 2560 ; chan et al., 2003)

4.8) ความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment disorder with disturbance of conduct) วัยรุ่นบางคนที่มีปัญหาปรับตัวต่อความกดดันไม่ได้ อาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเหมือนวัยรุ่นที่เป็นโรคในกลุ่ม DBD ได้ บางคนอาจจะมีอารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วยก็ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่ม DBD

4.9) บุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder) วัยรุ่นที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนหลายแบบ มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ง่าย ได้แก่ borderline personality disorder, narcissistic personality disorder, paranoid personality disorder

4.10) สติปัญญาบกพร่อง (Mental retardation) ผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่องหรือปัญญาอ่อน เป็นโรคทางจิตเวชมากกว่าคนทั่วไป 5-6 เท่า มีความสามารถในการแสดงความต้องการและอารมณ์อย่างเหมาะสมน้อย ความสามารถในการใช้เหตุผล และความยับยั้งชั่งใจต่ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีพอ

4.11) โรคหรือมีความผิดปกติของสมอง (Medical disorder) ผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีภาวะผิดปกติของสมองหลายอย่าง อาจทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ เช่น ผู้ป่วยที่สมองได้รับกระทบกระเทือนจากการบาดเจ็บ มีการติดเชื้อโรคของสมองที่เกิดจากพันธุกรรมบางอย่าง เนื้องอกในสมอง โรคลมชัก

5) โรคที่ไม่ใช่โรคจิตเวช (Non-psychotic diseases) ได้แก่ กลุ่มที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม (Personality and behavioral disease/trait) ชนิดที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial) ชนิดคาบเส้น (Borderline) และพวกหลงตัวเอง (Narcissistic personality disorder)

6) โรคทางกาย ระดับเชาว์ปัญญา (Intelligence) เนื้องอกสมอง พิในสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือด

7) ปัจจัยของสารเคมีในร่างกาย เช่น ภาวะน้ำตาลสูง ของเสียคั่ง ภาวะพร่องเกลือแร่ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ น้ำตาลในเลือดต่ำ

8) ใช้สารเสพติด (Substance abuse) สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น ยาบ้า โคเคน ฮาลูซิโนเจน บาร์บิทูเรต และการใช้ยาหรือสารเสพติดบางชนิดเกินขนาด มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว และภาวะพิษจากแอลกอฮอล์มักจะเป็นตัวสนับสนุนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีรายงานการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้เสพแอลกอฮอล์มีความบกพร่องในการหมุนเวียนของ serotonin ที่ระบบประสาท การขาดดุลนี้เพิ่มโอกาสในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2.3.1.2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors) เช่น ความต้องการทางเพศ มีความขัดแย้งกันระหว่างความต้องการทางเพศ (Sexual needs) ขัดแย้งกับมาตรฐานทางสังคม (Societal norm) ซึ่งเป็นสาเหตุของความไม่สมหวัง ความก้าวร้าว ความไม่เป็นมิตร และความรุนแรงของ

มวลมนุษย อารมณ์ต่างๆ รวมทั้งอารมณ์โกรธ เกลียด ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ทักษะการดำเนินชีวิต ระดับเซาร์ปัญญา มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต จะส่งผลกระทบยาวทั้งทางด้านจิตใจและร่างกาย โดยเฉพาะในเด็กที่ถูกล่วงละเมิด (Child abuse) มีการศึกษาจำนวนมากยืนยันว่าสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

2.3.2 ปัจจัยภายนอก (External factors)

2.3.2.1 ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors) เช่น วิธีการเรียนรู้ในทางสังคมเด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียนแบบคนอื่นๆ ความก้าวร้าวที่เกิดขึ้นสูงมากในปัจจุบัน มาจากความรุนแรงที่ทีวีหรือสื่ออื่นๆ สื่อมวลชนหลายชนิดที่นำเสนอความรุนแรง หรือครอบครัวที่มีความรุนแรง มีความขัดแย้งสูง หรือในกรณีเด็กถูกกระทำทารุณ ถูกทำร้ายร่างกายในวัยเด็ก เมื่อโตขึ้นมีลูกก็มักจะทำร้ายลูกเช่นเดียวกัน ในเด็กเล็กๆ การตะโกนเสียงดัง การแสดงอารมณ์เอาแต่ใจ วัฒนธรรมที่ให้การยอมรับ หรือไม่ให้การยอมรับต่อการแสดงอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว การว่างงาน ประสบการณ์การเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต การลงโทษนักเรียนด้วยวิธีการรุนแรง มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่น (Lejoyeux et al., 2013)

2.3.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ ความยากจน ความขัดสนในชีวิต การไม่มีความผูกพันช่วยเหลือกันในระหว่างบุคคล ครอบครัวและสังคม

2.3.2.3 ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย โครงสร้างและการออกแบบ ระดับความเป็นส่วนตัว แสง เสียง ลานสายตา และระดับอุณหภูมิ มีผลต่อความก้าวร้าวทั้งในทางบวกหรือลบ สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยยังสอดคล้องกับบริบทในจำนวนและประเภทของผู้ป่วย (เอกอุมา ยิ้มคำ, 2560; chan et al., 2003)

2.3.3 ปัจจัยสถานการณ์/ปฏิสัมพันธ์ (Situational/interactional factors)

2.3.3.1 ปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น การถูกบังคับ การรับผู้ป่วยไว้รักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจ กรณีในโรงพยาบาลจิตเวชอุบัติการณ์ความก้าวร้าวรุนแรงส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นตามธรรมดาทั่วไป หรือช่วงเวลารับใหม่ ตัวกระตุ้นให้เกิดความโกรธอาจมาจากการถูกบังคับ (ทางอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ) เมื่อตำรวจถอนกำลังออกไป อาจมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา หรืออาจมีประสบการณ์ทางลบอย่างมากขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือมีความกลัว ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ความต้องการเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ผู้ป่วยอื่นรบกวน กฎข้อบังคับของหน่วย ความไม่ชัดเจนในนโยบายการจัดการกับความก้าวร้าวรุนแรงขององค์กร และขั้นตอนที่เป็นงานประจำของหอผู้ป่วย กฎระเบียบข้อบังคับที่มีผลต่อผู้ป่วย บางครั้งอาจเป็นรากเหง้าสาเหตุของความก้าวร้าวที่ระเบิดออกมา หรือมีการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น เหล้า กัญชา ยาบ้า โคเคน (Witt et al, 2013)

2.3.3.2 ด้านปฏิสัมพันธ์ เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าว โดยพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่นั้นจะเป็นสาเหตุชักนำของอุบัติการณ์ความก้าวร้าว เช่น การไม่รับฟังผู้ป่วย ล้มเหลวในการพบกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีเจตนาต่อความก้าวร้าว รบกวนเพื่อนผู้ป่วยอื่น สื่อสารไม่เข้าใจ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการหรือรับไว้รักษาจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จาก 3 ตัวแปร คือ 1) ผู้ป่วย 2) เจ้าหน้าที่ 3) หอผู้ป่วยหรือ

สิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังมีข้อควรพิจารณาในมุมมองที่มีความแตกต่างกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสาเหตุของความก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลส่วนใหญ่จะอ้างว่าสาเหตุของความก้าวร้าวรุนแรง มาจากปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับลักษณะของผู้ป่วย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สามารถแก้ไขได้และป้องกันได้ โดยการจัดการของบุคลากร และจัดให้มีผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับปริมาณงาน สามารถลดผลกระทบต่อนิตความรุนแรงและอุบัติการณ์ความก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยในแต่ละหน่วยนั้นจะต้องมีวิธีการจัดการของตนเอง และถือว่าเป็นภาระหน้าที่โดยรวมขององค์กร (Girasek, 2022)

2.4 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

เอกอุมา อัมคำ (2560) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท มี 4 ลักษณะ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ได้แก่ การส่งเสียงดัง การตะโกนด้วยความโกรธ กล่าวดูถูกคนอื่น เช่น เธอทำไมไม่อย่างนี้ คำสาปแช่งอย่างรุนแรงด้วยภาษาที่เต็มไปด้วยความโกรธ คำพูดที่คุกคามขู่จะทำร้าย
- 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตัวเอง ได้แก่ การหยิก ขกตีตัวเอง ดึงเส้นผม โขกศีรษะกับพื้น ใช้กำปั้นชกสิ่งของ กระแทกตัวกับผนังห้อง

3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น ได้แก่ การกระชากเสื้อผ้า ลากตัว ชกต่อย ทำร้ายร่างกายผู้อื่นที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย ปิดสิ่งของลงพื้น ตะเพอร์นเจอร์ ชีตเขียนฝาผนัง ทบกระຈก

4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ ได้แก่ พฤติกรรมเขย่าประศู ฉีกเสื้อผ้า ไม่รักษาความสะอาด

Yudofsky et al.(1986) กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทางคำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์ วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้ายส่งเสียงดัง ขู่ ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระแทกกระนั้น พูดจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนดุด่า เป็นต้น

2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิกข่วนตัวเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การดึงเส้นผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การจุดไฟเผาตนเอง การทิ้งตัวลงพื้นหรือวิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรงและการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น ได้แก่ การหาเรื่องวิวาท ทำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่นโดยการกัด ตี ตะ แผล บ้วนน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำลายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทบทำลายกระຈก จุดไฟเผาสิ่งของ ปิดประศูเสียงดัง เป็นต้น

งานวิจัยนี้ใช้การอธิบายลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดของ Yudofsky และคณะ (1986) ที่แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ลักษณะคือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านทำลายสิ่งของ เพราะอธิบายรายละเอียดของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกได้ชัดเจนและครอบคลุม

2.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

2.5.1 The Brief Psychiatric Scale: BPRS (Overall and Gorham, 1962 อ้างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2558) เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตในด้านต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ดังนี้ ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern) อาการวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกผิด (Guilt feeling) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity) อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation) ความคิดสับสน (Conceptual disorientation) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) ความตึงเครียด (Tension) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation) การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่เกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีการแปลผลตามเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนรวมทั้งหมด 18 - 126 คะแนน แบ่งเป็นระดับความรุนแรงได้ดังนี้ ระดับคะแนนน้อยกว่า 18 หมายถึง มีอาการทางจิตในเกณฑ์ปกติ ระดับคะแนน 18-36 หมายถึงมีอาการทางจิตในระดับน้อย ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึงมีอาการทางจิตในระดับมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแบบประเมิน The Brief Psychiatric Scale : BPRS มาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

2.5.2 The Overt Aggression Scale for the Object Rating of Verbal and Physical Aggression: OAS (Yudofsky et al, 1986 อ้างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2558) ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งรวมพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ และนำแบบบันทึกนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 3 โรงพยาบาล และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

2.5.3 MacArthur Community Violence Instrument: MCVI (Monahan, 2006 อ้างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2558) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อตนเองและบุคคลอื่น ลักษณะของข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ "ใช่" "ไม่ใช่" มีจำนวน ทั้งหมด 17 ข้อ เมื่อผู้ป่วยเลือกตอบใช้ในข้อหนึ่งข้อใดให้ระบุเวลาที่เกิด ถามข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่สอง นำมาจำแนกเป็นระดับของความรุนแรง 3 ระดับ คือ 1 = ความรุนแรงระดับร้ายแรง เป็นการมุ่งทำร้ายโดยใช้อาวุธทำร้าย จนถึงแก่ความตายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ ช่มชู้ด้วยอาวุธ หรือคุกคามทางเพศ 2 = การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่ออื่นๆ เป็นการมุ่งจะทำร้ายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยการใช้อาวุธหรือการทำร้ายร่างกาย 3 = พฤติกรรมการทำร้ายร่างกาย ที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดซ้ำจนกลายเป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอื่นๆ จนกระทั่งเป็นความรุนแรงระดับร้ายแรง

2.5.4 แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (กษพงศ์ สารการ, 2542) ซึ่งแปลมาจาก The Overt Aggression Scale for the Object Rating of Verbal and Physical Aggression : OAS (Yudofsky et al., 1986) และถูกดัดแปลงให้เข้ากับประชากรที่ศึกษา ลักษณะเป็นแบบบันทึกรายการ (checklist) ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองจำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของจำนวน 4 ข้อ ใน

การสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยประเมินตามลักษณะและพฤติกรรมตามที่สังเกตได้ งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของ กชพงศ์ สารการ (2542) ที่แปลมาจากแบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) ซึ่งมีองค์ประกอบและโครงสร้างเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท และยังพบว่ามีย่อคำถามที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการนำไปใช้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ

แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา โดยแนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างประกอบด้วย การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา และการป้องกันความเครียด โดยมีหลักในการบำบัด 2 ข้อคือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิดที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธที่จะนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมอารมณ์โกรธที่ประกอบ ด้วย 3 ขั้นตอน (Novaco, 1975) คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparing) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิกริยาทางกาย (Physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดและผลกระทบของความโกรธนั้น ในระยะนี้แต่ละบุคคลจะถูกฝึกให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง แยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นทำให้โกรธและลักษณะการตอบสนองความโกรธที่ผ่านมา ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด ทำทนายด้วยความคิดที่มีเหตุผลและสมมติฐานที่แต่ละบุคคลสร้าง เช่น การแปลการกระทำของผู้อื่น โดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรมเพื่อได้คิด ระวังและหยุดยั้งปฏิกริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ ตัวอย่างเช่น บุคคลอาจจำได้ว่าการเข้าเหย้า การถูกล้อเลียนเป็นสถานการณ์ที่มากระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และเป็นการนำสู่การกระตุ้นทางกาย ซึ่งจะนำไปสู่การระเบิดของพฤติกรรมก้าวร้าว บุคคลจะต้องพยายามหยุดยั้งปฏิกริยาหรืออารมณ์โกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้น

ขั้นที่ 2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) เป็นการฝึกให้เกิดการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ด้วยการใช้ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหาโดยเน้นการฝึกสอนตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยวิธีที่มีประสิทธิภาพ ในรูปแบบการฝึกทักษะในการปรับความคิดและพฤติกรรม ทักษะการปรับความคิดอัตโนมัติโดยกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผลและเป็นไปได้ โดยการฝึกซ้อมอย่างดี สอนทักษะพฤติกรรมต่างๆประกอบด้วย การผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร รวมถึงการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายมีวัตถุประสงค์ คือ 1) สอนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลายซึ่งจะทำให้ความตึงเครียดน้อยลง 2) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้มากกว่าที่จะให้อารมณ์โกรธควบคุม และการฝึกพูดเพื่อแสดงความรู้สึก (Assertive) ที่บรรลุความต้องการ โดยไม่ใช้ความรุนแรงจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการพูดด้วยวิธีการที่สงบและมีประสิทธิภาพ ยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องเหมาะสม

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยการใช้จินตนาการ (Imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน จากการพบ

สถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธที่เป็นจริงในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะในการจัดการอารมณ์โกรธของตนเองโดยการแสดงบทบาทสมมติ โดยให้ผู้ป่วยนำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของตนเองมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มจากในสถานการณ์ที่ยากขึ้นด้วยการฝึกตั้งแต่ต้นจนจบ โดยได้รับการสนับสนุนการจัดการจากผู้สอน จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยและค่อยๆทำต่อสามารถที่จะจัดการอารมณ์โกรธได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะจากสถานการณ์บทบาทสมมติไปสู่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน โดย Novaco (1975) เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดความโกรธและการจัดการความโกรธ ตลอดจนการฝึกทักษะในการจัดการความโกรธและการนำมาใช้วิธีการจัดการกับความโกรธในการสอนผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด เป็นการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติโดยการพูดกับตนเอง 2) การสอนทักษะการกล้าแสดงออกเป็นการสอนทักษะการสื่อสารที่ดี และ 3) การสอนเทคนิคการผ่อนคลายและการฝึกการหายใจเข้า - ออกลึกๆ

4.แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด

การปรับความคิด (Cognitive therapy) มีประวัติความเป็นมายาวนานเริ่มที่นายแพทย์ Aaron T. Beck เป็นผู้ค้นพบ cognitive therapy ในต้นทศวรรษ 1960 เป็นผู้นำรูปแบบนี้เข้ามาเป็น ส่วนหนึ่งในการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy: CBT) จะใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า cognitive therapy เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งที่มีโครงสร้าง (Structure) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดจุดหมายของการคิดที่อยู่ปัจจุบัน เป็นจิตบำบัดที่ใช้เวลาสั้นมีไว้สำหรับรักษาความผิดปกติทางอารมณ์ ชวนให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหปัจจุบัน ไม่ได้คืนกลับไปยังปมที่มีในอดีต ใช้ดัดแปลงแก้ไขวิธีการคิดและแก้ไขพฤติกรรมที่เคยทำให้ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ความสำคัญของภาคทฤษฎีก็ยึดตาม cognitive model เดิมที่เสนอว่าเราจะค้นพบ distorted หรือ dysfunctional thinking ในความผิดปกติทางจิตหลายๆชนิด การประเมินวิธีการคิด การดัดแปลงแก้ไขความคิดให้อยู่ในสภาพที่เป็นจริง และดัดแปลงวิธีการคิดใหม่จะทำให้อารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น แต่ถ้าจะให้ดีขึ้นๆ ก็ต้องดัดแปลง dysfunctional belief ที่ซ่อนอยู่ของผู้ป่วยด้วย (สุชาติ พหลภาคย์, 2558) cognitive therapy เราสามารถใช้ตามลำพังรักษาความผิดปกติทางจิตเวชหรือใช้เป็น adjunct therapy ก็ได้ cognitive therapy ใช้ได้กับคนทุกอายุตั้งแต่เด็กจนถึงคนชรา ทุกระดับการศึกษา ทุกเชื้อชาติ และไม่ว่า ภูมิภาคจะเป็นอย่างไร รูปแบบการบำบัดมีหลากหลายวิธีด้วยกัน บางรูปแบบมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive) บางรูปแบบมุ่งเน้นที่กระบวนการทางพฤติกรรม (Behavior) และอีกรูปแบบหนึ่งมุ่งเน้นทั้งกระบวนการเรียนรู้ทางความคิดและกระบวนการทางพฤติกรรมเท่าๆกัน การบำบัดเป็นการรักษาที่มีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมทั้งระยะ เบื้องต้น ทิศทาง มีจุดสนใจเฉพาะที่เน้นที่ภาวะปัจจุบัน สามารถทำได้ทั้งในลักษณะ group therapy , couple therapy และ family therapy (สุชาติ พหลภาคย์, 2558 ; เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) กล่าวไว้ว่าเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการบำบัดตัวเอง มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดจะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดี นอกจากจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังใช้เทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควบคู่กันไปด้วย

ดาร์วอร์ธ ตีปินตา (2556) ได้กล่าวว่าเป็นจิตบำบัดประเภทหนึ่งซึ่งบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ ตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิด ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล Beck (1979) กล่าวไว้ว่า เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (Active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้ หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

สรุปได้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือจิตบำบัดประเภทหนึ่งที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน ใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตนให้ถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม รูปแบบความคิด (Cognitive model) รูปแบบของความคิดที่ใช้อธิบายได้เข้าใจง่ายและนิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ รูปแบบความคิดของ Beck (1995) อธิบายไว้ว่า จุดตั้งต้นของรูปแบบความคิดที่เกิดจากความเชื่อที่เรียกว่าความเชื่อในระดับลึก (Core beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกมาเป็นตัวตนของบุคคลนั้น มาจากการได้รับการเรียนรู้และประสบการณ์เลี้ยงดูในวัยเด็กจนกระทั่งก่อตัวมาเป็นทัศนคติที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น ส่วนใหญ่เป็นความคิด ความเชื่อที่ไม่รู้ตัวในทันที แต่ความเชื่อที่พอจะเข้าใจได้บ้างนั้น มักจะเป็นความเชื่อที่แฝงอยู่ในอีกระดับหนึ่งที่เรียกว่า ความเชื่อในระดับกลาง (Intermediate belief) ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อที่แฝงในรูปของกฎเกณฑ์ (Rules) ทัศนคติ (Attitude) และการตั้งข้อสันนิษฐาน (Assumption) ขึ้นมาเอง ความเชื่อที่แฝงอยู่นี้จะปรากฏให้เห็นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเร้าเช่นเมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น ความเชื่อจะออกมาในรูปของความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) รวมถึงความแปรปรวนในด้านสรีระ (Physiology) หรืออาจอธิบายง่ายๆว่าเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิด ลักษณะความคิดจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ลักษณะความคิดที่แตกต่างกันจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่แตกต่างกันด้วย (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

Beck (1995) กล่าวถึงกระบวนการทางปัญญาที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบโครงสร้างทางความคิดและเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) หมายถึงความคิดหลัก 3 ประการที่บิดเบือนไปในทางลบ ดังนี้

1.1 การมองตนเองในทางลบ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมองตนเองว่าบกพร่องไม่มีคุณค่าไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านั้นจะมองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดลง และส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

1.2 การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับ และเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะ

มองชีวิตเต็มไปด้วยการอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกละทิ้ง ทิ้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะทำให้เปลี่ยนสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

1.3 การมองอนาคตในทางลบ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะคิดทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลงจะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือปรับเปลี่ยนที่บิดเบือน (Adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบและเป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบหรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าจะทนได้ ทำให้บุคคลเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด บุคคลไม่สามารถมองความคิดเหล่านั้นได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นเหตุของความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลที่เรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน

3. เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การด่วนลงความคิดเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) เป็นกระบวนการความคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3.2 การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective abstraction) เป็นลักษณะความคิดที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบทโดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้นๆ หรือลักษณะความคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่างๆ ที่ผ่านมานในอดีต

3.3 ความคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) เป็นลักษณะความคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง

3.4 การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and Minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมากหรือน้อยเกินไป

3.5 มีความคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นธุระกับเรื่องต่างๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา กระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง

3.6 คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเอง มีข้อบกพร่องเป็นคนเลวไม่ใช่คนดีเป็นคนบาปไม่ใช่คนบุญ เป็นต้น

หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีหลักการที่สำคัญ 10 ข้อดังนี้ (Beck, 1995)

1.การบำบัดทางความคิด ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจถึงที่มาของปัญญาว่มาอย่างไร โดยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความคิดอะไรที่ทำให้เขามีความรู้สึกลบอย่างและส่งผลให้เขามีพฤติกรรมอย่างไร โดยให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม และการแปลความที่เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว

2.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด

3.การบำบัดต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมเป็นอย่างมากตลอดการบำบัดผู้รับ การบำบัดต้องมีความรับผิดชอบที่จะช่วยคิดหรือริเริ่มงานได้เอง

4.มุ่งเน้นเป้าหมายและปัญหาที่ชัดเจน

5.การบำบัดเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

6.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดมีบทบาทที่จะให้ความรู้และสอนผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดจะต้องเป็นผู้บำบัดตนเอง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

7.การบำบัดทางความคิดจะต้องมีการกำหนดเวลาที่พบกันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน

8.ในการพบแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างของการบำบัดที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน

9.ผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนให้ผู้รับการบำบัด สามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิด และปรับความคิดให้เหมาะสม

10.การบำบัดความคิด สามารถใช้เทคนิคอันหลากหลายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้บ่อย เช่นการตั้งคำถามชวนให้คิด (Socratic Questioning & Guided Discovery) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) การจะเลือกใช้เทคนิคใดขึ้นอยู่กับที่มาของปัญหาและเป้าหมายในแต่ละครั้งของการบำบัด

กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีดังนี้ (Beck, 1995)

1.ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Assessment) การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้รับการบำบัด การประเมินจะไม่ได้ให้ความสนใจในบุคลิกภาพ (Personality traits) ของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism) หรือกลไกทางจิต แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากข้อมูลการระบุพฤติกรรม ที่เป็นปัญหารวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สิ่งสำคัญในการประเมินคือการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างถูกต้องและแม่นยำ โดยพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิงที่รวบรวมได้ อาศัยวิธีการ สังเกต สัมภาษณ์ และการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดีนั้นควรจะต้องมีความถูกต้องและชัดเจนที่สุด ในเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถาม เช่น ปัญหาคืออะไร ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น ผลกระทบที่

เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร การประเมินผู้บำบัดควรประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงของปัญหา และระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้บำบัดจะค้นหาประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรม รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคม หรือพฤติกรรม ความคิด หรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นพฤติกรรม (Behavior) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นๆ พูดหรือแสดงออกออกมาให้เห็นได้ และสามารถวัดได้ ผลที่ตามมา (Consequence) เป็นผลที่ตามมาที่บุคคลนั้นๆ คาดว่าน่าจะเกิดขึ้นหลังจากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผลนั้นอาจจะเป็นผลทางบวกที่น่าพึงพอใจ หรือผลทางลบที่ไม่น่าพึงพอใจก็ได้

2. ขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้ (Beck, 1995 อ้างใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมา แต่ที่แท้จริงแล้วสถานการณ์ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์และพฤติกรรม แต่จะผ่านมาทางกระบวนการคิดของบุคคลก่อนถึงจะเกิดอารมณ์และพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าแม้สถานการณ์ที่บุคคลพบอาจจะเหมือนกันแต่อารมณ์และพฤติกรรมอาจจะแสดงออกมาแตกต่างกันนั้นเป็นเพราะกระบวนการคิดที่แตกต่างกันนั่นเอง ตัวสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ก็คือความคิดอัตโนมัติในทางลบ เช่น ผู้ที่คิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่รัก ก็จะเกิดอารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงถึงความซึมเศร้า ผู้ที่คิดว่าโลกนี้ไม่ปลอดภัยสำหรับตนเอง จึงทำให้รู้สึกหวาดระแวงไม่ติดต่อกับสังคม ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดี เรียกว่าความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (Negative automatic thought: NAT) ผู้บำบัดควรเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติได้ นอกจากนั้นควรมีทักษะในการเรียบเรียงความคิดอัตโนมัติให้เป็นประโยคบอกเล่า เพื่อให้สามารถนำไปประเมินได้โดยง่าย การถามต่อเพื่อให้ได้ความคิดอัตโนมัติเพิ่มเติมที่อยู่ลึกลงไป ด้วยเทคนิคที่เรียกว่า Downward arrow วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ให้นักถึงเรื่องที่รุนแรงหรือเรื่องที่เข้ามารบกวนในความคิดบ่อยๆ ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีระ ถ้าผู้รับบริการยังนึกไม่ออกให้ยกตัวอย่างความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ให้ผู้รับการบำบัดได้รู้จักลักษณะต่างๆ ของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์โดยทั่วไป เพื่อจะได้เทียบเคียงลักษณะความคิดของตนเอง ระบุมุมความคิดทางลบที่ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ เช่น เรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร หรือคุณเป็นคนอย่างไร เรื่องนี้จึงเกิดขึ้นกับชีวิตคุณ

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นเพียงสมมติฐานจึงจำเป็นต้องพิสูจน์และประเมินความคิด อัตโนมัติเสียก่อนว่าจริงหรือไม่เพียงใด ต้องไม่ให้อยู่บนการแปลความหรือความคิดเห็นแต่ต้องมีหลักฐานหรือความจริงปรากฏชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติหรือการแก้ปัญหา เช่น ฉันเป็นพ่อที่ไม่ดีแต่เมื่อชวนผู้ป่วยให้คิดถึงความหมายของคำว่าพ่อที่ดี ผู้ป่วยพบว่าตนเองเป็นพ่อที่ดีอยู่หลายประการ มีเพียงบางประการเท่านั้นที่ตนเองไม่สามารถทำได้ จึงทำให้ความคิดอัตโนมัติของเขาได้รับการพิสูจน์ว่าจริงบางส่วนเท่านั้น วิธีการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติเน้นที่การให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด และการตั้งคำถามมีความสำคัญเป็นประโยชน์ช่วยในการพิสูจน์หรือประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์จะได้ผลพิสูจน์ใน 2 ลักษณะคือ ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์นั้นไม่จริง และความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์นั้นเป็นจริง เมื่อความคิดอัตโนมัติได้รับ การพิสูจน์ว่าไม่จริง จะทำให้ความคิดอัตโนมัติลดลงได้ตามธรรมชาติ แต่ถ้าความคิดอัตโนมัติได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้บำบัดจะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้ผู้รับการ บำบัดสามารถแก้ปัญหาได้ วิธีการเน้นที่การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับบำบัดได้คิดว่า ความคิดอัตโนมัติที่เป็นจริงบางส่วนนั้นจะมีทางแก้ปัญหาได้อย่างไร โดยวางแผนร่วมกันกับผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดเพื่อเลือกวิธีการแก้ปัญหาหรือเพื่อที่จะหาทางอยู่กับปัญหาให้ดีขึ้นกว่าเดิม การตั้งคำถามควรถามถึง ประโยชน์ของความคิดอัตโนมัติดังกล่าวว่ามีประโยชน์อะไรต่อตนเองอย่างไรบ้าง หาหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติของตนเอง ใช้เทคนิค Empty chair ให้คิดว่าถ้าคนที่เรารักคิดอัตโนมัติแบบเรา เราจะบอกคนคนนั้นว่า ควรคิดอย่างไร แลกเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือสำรวจความคิดเห็นของผู้อื่นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มองเห็นความคิดที่กว้างและหลากหลายมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติที่ผ่านการพิสูจน์และประเมินแล้วสามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ความคิดใหม่ได้ โดยดูจาก 2 แง่มุมคือ ความถูกต้อง (Validity) ของความคิดนั้น ถ้าความคิดเดิมมีความบิดเบือนอยู่ (Distortion) ก็ปรับเปลี่ยนไปเป็นความคิดใหม่ ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง (Realistic) และประโยชน์ (Utility) ของความคิดนั้น ความคิดเดิมอาจมีบางส่วนที่ถูกต้องหรือแม้แต่ถูกต้องทั้งหมด แต่ก็ยึดถือเอาความคิดนี้เอาไว้ต่อไปอาจไม่เกิดประโยชน์กับชีวิต ถือเป็นการสร้างทุกข์ต่อไป จึงควรเปลี่ยนไปมองเรื่องนี้ในมุมมองอื่นเสีย

5. โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาที่เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศไทยพบว่า พยุงศักดิ์ ผางแก้ว (2558) ได้นำแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) และแนวคิดการปรับความคิดตามแนวคิดของ Beck (1995) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดนำมาบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดแบบกลุ่มประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skills acquisition) 3) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) 8 กิจกรรม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่าก่อน ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการ

จัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด มีการคิดและการจัดการความโกรธที่เหมาะสม ผลคือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดของ พยุงศักดิ์ ผางแก้ว (2558) มาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การบำบัดแต่ละครั้งจะใช้สถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้เป็นสถานการณ์ในการฝึกซ้อม ระยะเวลาของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลถูกกำหนดให้สั้นเข้าตามนโยบาย จึงมีความจำเป็นที่ต้องรีบบำบัดรักษาผู้ป่วย จิตเภทและจำหน่ายให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ประกอบกับความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบการบำบัดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทและบริบทของโรงพยาบาล

โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ที่นำมาปรับปรุงประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) 3) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถเรียนรู้ในการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม ระบายความโกรธออกมาอย่างเหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยไม่ต้องเก็บกดความโกรธไว้อย่างไรซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ลดการแสดงออกของความโกรธออกมาภายนอกที่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมความโกรธโดยการสร้างความสงบตั้งแต่ภายใน คือ สามารถควบคุมความโกรธได้ กิจกรรมการจัดการความโกรธที่นำมาเป็นการดำเนินกิจกรรมบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2 4 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยรับการบำบัดได้นาวิธีการจัดการความโกรธที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โปรแกรมการจัดการความโกรธมี 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรมดังนี้ (พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2558)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัด และเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัด อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการบำบัดในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับการบำบัด มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) การรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 2) การรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 3) กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และ 4) การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ กิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทราบถึงผลกระทบของความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ ทำให้เกิดการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ และเตรียมพร้อมกับการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 กิจกรรมคือ 1) การรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) การตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงออกของความโกรธ 3) การยอมรับความ

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปวย
ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความ
โกรธ การบอกเล่าถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบประบวนการ
และการให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ การเรียนรู้และปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความ
โกรธ จากนั้นจึงฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธและประเมินผลด้วยการให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์
โกรธ กิจกรรมนี้มีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การจินตนาการและการบอกเล่า

สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบระบุอารมณ์การให้คะแนนระดับของอารมณ์โกรธ 3) การเรียนรู้และปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 4) การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม 5) การประเมินผลด้วยการให้คะแนนระดับของอารมณ์โกรธ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและแสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทปรับความคิดตามกระบวนการและแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ และสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธอีก โดยเน้นการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะผู้ที่มีความสุขจะโกรธยาก และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแสดงความรู้สึก จากการเข้าร่วมกิจกรรมประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ และประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โปรแกรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 6 กิจกรรม บำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ใช้แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พยุ้งศักดิ์ ผางแก้ว (2558) ได้ศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม บำบัดสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ใช้แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปราณี เอกชนนิยม นาฏลดา น้าภา และพยุ้งศักดิ์ ผางแก้ว (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) เป็นวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชายและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช จัตุจักรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรม ประกอบ 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงต่ำกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวหลังทดลองทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือนลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พยุงค์ดี ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เป็นวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชายและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช จัตุที่ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ใช้แนวคิดการการบำบัดที่เน้นการแสดงออกของ Michiodi (2012) โดยการบูรณาการรูปแบบของศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การเคลื่อนไหวและละครบำบัด ร่วมกับการบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 9 คน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรีย์ คันธสายบัว และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan and Sawin (2009) ประยุกต์กับแนวคิดทางการพยาบาล ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplua (1991) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของ Brown (2015) และกลุ่มบำบัดของ Yalom (1991) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนของพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

วรรณิ ศิรินทรางกูร นพรัตน์ ไชยขำนิ และเสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แนวคิดสติบำบัด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy : MBCT) ของ Segal Williams and Teasdale (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) และแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (วันเว้นวัน) ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการแสดงความโกรธของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังการทดลองและระยะติดตาม $p < .01$ และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการทดลองและระยะติดตาม $p < .01$

Mei and Wen (2021) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความรุนแรงแบบบูรณาการการรับรู้ทางปัญญาและระบบประสาทต่อเอกลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเภท (Effect of Integrated Violence Intervention on Alexithymia Cognitive, and Neurocognitive Features of Violence in Schizophrenia) ใช้แนวคิด Cognitive Based Violence Intervention Program : ICB-VIP ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นการรับรู้และการรู้คิดทางปัญญา ความเข้าใจทางสังคม การควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม โดยประยุกต์กิจกรรมจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา เช่น neuropsychological Educational Approach to Remediation (NEAR) การฝึกทักษะการคิดและบูรณาการกับจิตบำบัด (Cognitive remediation Therapy : CRT) การฝึกทักษะพัฒนาศักยภาพของสมอง (Compensation Cognitive Training manual) กิจกรรม ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ใช้เวลา 60-90 นาที กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความหุนหันพลันแล่น ภาวะด้านขาดความรู้สึกรู้สึก การแสดงออกความโกรธและความก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความสามารถควบคุมอารมณ์และมีทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงภายหลังการได้รับโปรแกรมและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hanik Endang Nihayatin et al. (2020) ได้ศึกษาการฝึกการกล้าแสดงออกในรูปแบบบทบาทสมมติในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน (Assertive Training in the form Role-Playing to Control the Aggressive of people with Schizophrenia in the community) ใช้แนวคิดการฝึกความกล้าแสดงออกในรูปแบบการแสดงบทบาท (Assertive Training in the form Role-Playing) ของ Morris Robinson ,Eisenberg (2005) และแนวคิด Assertive Training ของ Wope (1958) กลุ่มตัวอย่าง 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน กิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทสมมติ แล้วฝึกการจัดการกับความโกรธ โดยการแสดงความโกรธที่เหมาะสม การผ่อนคลาย การกล้าแสดงออก จากนั้นให้เรียนรู้การวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที ดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการกล้าแสดงออกแบบบทบาทสมมติ หลังการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถเพิ่มทักษะการจัดการกับความโกรธและควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

Jiyeon K. b. & Sungjae K. a. (2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธโดยใช้พื้นฐานการสื่อสารที่ไม่รุนแรงต่อผู้ป่วยในจิตเวช (Effects of a nonviolent communication-based anger management program on psychiatric inpatients) เป็นการศึกษากึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการสื่อสารโดยไม่ใช้ความรุนแรงต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง การแสดงความโกรธ และความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 44 คน กลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 24 คน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที แบ่งรูปแบบเป็นก่อนการทดสอบ และผลลัพธ์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านการแสดงความโกรธและการระงับความโกรธ มีการเปลี่ยนแปลงในการเห็นคุณค่าในตนเองและความก้าวร้าวในเชิงบวก ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าการแสดงออกของความโกรธและการระงับความโกรธมีผลลดลงเมื่อผ่านโปรแกรมการจัดการความโกรธ

Zarshenas et. al. (2017) ได้ศึกษาผลของการจัดการความโกรธในผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาแบบกลุ่ม (Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study) โดยใช้แนวคิดของ Patrick Reilly เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน มีเกณฑ์ในการคัดเข้าด้วยการประเมินวัดระดับความก้าวร้าวด้วยตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง และฝึกการจัดการกับความโกรธตามแนวคิดของ Patrick Reilly ผสมผสานระหว่างการจัดการความคิด การฝึกการผ่อนคลาย และฝึกทักษะการสื่อสาร แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าหลังการจัดการความโกรธมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธแบบกลุ่มก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

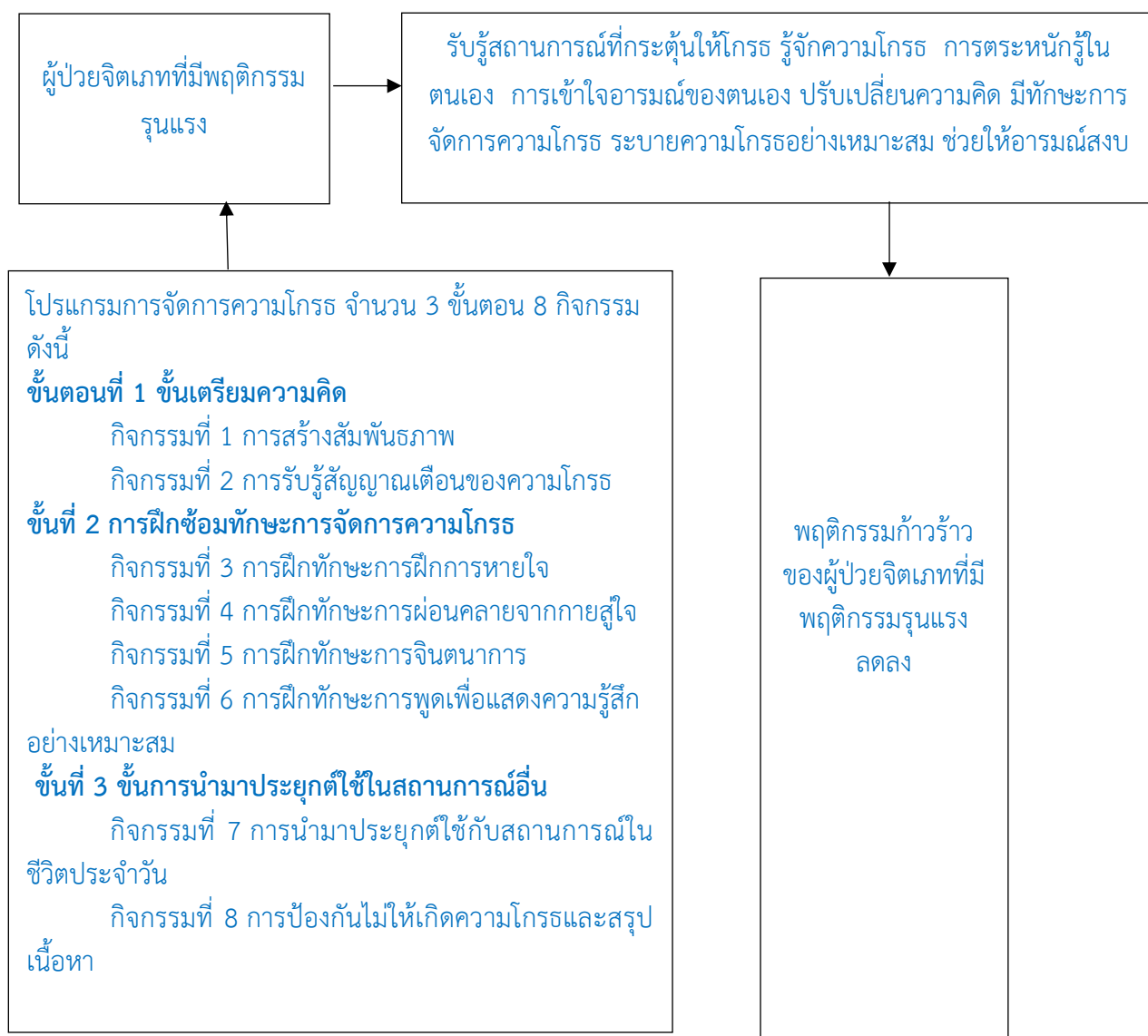
Hatice P. & Sibel A. K. (2020) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่นที่เน้นการฝึกอบรมการจัดการกับความโกรธต่อความโกรธที่ผ่านมาและระดับความหุนหันพลันแล่นในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวช (The effect of acceptance and commitment therapy orientated anger management training on anger ruminations and impulsivity levels in forensic psychiatric patients: A randomized controlled trial) เป็นการศึกษาวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน ก่อนการทดสอบจะผ่านสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นใช้เวลา 20-25 นาที ใช้แบบวัดความโกรธครุ่นคิด และแบบวัดความหุนหันพลันแล่น และใช้การบำบัดแบบการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and commitment therapy : ACT) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นกระบวนการทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน เพื่อช่วยให้เข้าใจตนเองได้มากขึ้น และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ย่างยากและอยู่ในสังคมได้ แบ่งกิจกรรมเป็น 8 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าคะแนนรวมของ Barratt Impulsiveness และ Anger Rumination Scales ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

7.กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco, 1975) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธที่จะนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เข้าใจ

สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ การจัดการความโกรธตามแนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco, 1975) จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวต่อผู้อื่น ก้าวร้าวต่อตนเอง และก้าวร้าวต่อสิ่งของ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมของพยุงค์ดี ผางแก้ว (2558) ซึ่งเป็นแนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco, 1975) ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของเบค (Beck, 1995) โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) ขั้นที่ 2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) และขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยมีกิจกรรมจำนวน 8 ชุด แสดงตามภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group with pretest and posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O_1	X_1	O_2	O_3 month 1	กลุ่มทดลอง
O_4		O_5	O_6 month 1	กลุ่มควบคุม

O_1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง

X_1 หมายถึง โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

O_2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง

O_3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว 1 เดือนของกลุ่มทดลอง

O_4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

O_5 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

O_6 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือนของกลุ่มควบคุม

2.ประชากร

ประชากรคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) ที่เข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

3.กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 52 คน ใช้การสุ่มแบบง่าย เข้ากลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี
- 2) มีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 4 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา (ครั้งนี้) โดยมีคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับปานกลางและระดับรุนแรง (8 - 14 และ 15 - 21 คะแนน)
- 3) ผ่านการประเมินด้วยแบบวัดการแสดงความรู้สึกโกรธ มีค่าคะแนนจากแบบประเมินการแสดงความรู้สึกโกรธออกมาภายนอก (anger - out) สูงมากกว่า 16 คะแนน
- 4) มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
- 5) ไม่พบความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา โดยมีค่าคะแนนการประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini - Mental Status Examination : Thai - Version 2002 (MMSE - THAI 20020) โดยผ่านเกณฑ์ประเมิน คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน
- 6) มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
- 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.2 เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ในระหว่างการดำเนินการวิจัย
- 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความผิดปกติของสมอง เช่น ปัญญาอ่อน สมองเสื่อม

3.3 เกณฑ์การถอนตัวของอาสาสมัคร (Withdrawal criteria) มีดังนี้

- 1) อาสาสมัครตัดสินใจออกจากโครงการ
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด
- 3) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงหรืออยู่ในระยะ critical phase

4.วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม สูตรที่ใช้ในการคำนวณของ อรุณ จิรวัฒน์กุล (2558) ดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \delta}{\Delta^2}$$

การหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเพื่อนำมาคำนวณ (mean difference) กรณี 2 กลุ่ม (Experiment, control group) ใช้ค่าเฉลี่ย Post test (exp.) - ค่าเฉลี่ย Post test (control) โดยกำหนดดังนี้

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z\alpha$ = Type I error ผู้วิจัยกำหนดที่ระดับ 0.05 ($Z\alpha$ one tailed) = 1.645

$Z\beta$ = Type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน 0.05 (power 95 % ค่า $Z\beta$ = 1.645)

Δ = $M1 - M2$ (mean difference) หรือความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันและวัดตัวแปรตามเดียวกัน งานวิจัยนี้จึงใช้ข้อมูลการวิจัยของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 4 มิถุนายน 2561 (ปรานี เอกชนนิยม และคณะ, 2561) และประเมินคะแนนความก้าวร้าวด้วยแบบประเมินความก้าวร้าวกับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation of mean difference) สูงสุดของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 1.62 และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 8 ดังนั้นค่า Δ = $M1 - M2$ (mean difference) จึงเท่ากับ 2

δ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด เท่ากับ 2.1 เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากพอจะครอบคลุมในการหาคำตอบของโจทย์การวิจัย
แทนค่าตามสูตรดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{2 (1.645 + 1.645)^2 (2.1)^2}{(2)^2}$$

$$n / \text{group} = \frac{2 (1.645 + 1.645)^2 (2.1)^2}{(2)^2}$$

$$n / \text{group} = \frac{2 (3.29)^2 (2.1)^2}{4}$$

$$n / \text{group} = \frac{2 \times (10.824) (4.4)}{4}$$

$$n / \text{group} = \frac{2 \times 47.626}{4}$$

$$n / \text{group} = \frac{95.252}{4}$$

$$n/\text{group} = 23.813 = 24$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน เพื่อป้องกันการ drop out จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์หรือเท่ากับ 2 คน (ชนากานต์ บุญชู และคณะ, 2554) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ในงานวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 52 คน กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน (Matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยควบคุมให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุด การวิจัยในครั้งนี้จับคู่ในเรื่องของอายุและระดับคะแนน BPRS (Rossi et al., 1986; Chou et al., 2002 อ้างใน ปรานี เอกชนนิยม, 2562)

การคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของงานวิจัยที่ใช้แบบแผนการวิจัย แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้โปรแกรม G* Power ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) หรือที่ระดับความเชื่อมั่น 95 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 ($\text{Beta} = 0.2$) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของสุปราณี เอกชนนิยม (2562) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองเท่ากับ 6 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8 คะแนน นำมาแทนค่า ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน

4.2 วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการรักษา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาที่ละคู่ และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดย matched pairs ด้วยอายุ และระดับคะแนน BPRS จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งจะทำการคัดเลือกจนครบ 26 คู่ เพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีจำนวนน้อยในแต่ละเดือน และกลุ่มมีขนาดของกลุ่มใหญ่ ไม่สามารถดำเนินการพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่มได้และเป็นการป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน (Contamination) ผลการสุ่มการบำบัด

1) กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ในเดือน สิงหาคมและกันยายน 2566 จำนวน 2 กลุ่มรวมทั้งหมด 26 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยทุกคนได้รับการชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยการแนะนำผู้เก็บข้อมูลวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนวิธีการประเมินภายหลังการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยทุกคนได้รับการอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามในแต่ละชุดจนเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเป็นผู้สัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยตอบคำถามจนครบทุกข้อ

2) กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ในเดือน สิงหาคมและกันยายน 2566 จำนวน 2 กลุ่มรวมทั้งหมด 26 คน สำหรับวิธีการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมดำเนินการเหมือนกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะเข้าได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวแบบกลุ่ม ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 26 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 13 คน ตามโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 - 90 นาที ทำกลุ่มบำบัดสัปดาห์ที่ 1 3 ครั้ง (วันอังคาร-พุธ-พฤหัสบดี) สัปดาห์ที่ 1 4 ครั้ง (วันอังคาร-วันศุกร์) หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้นำวิธีการจัดการความโกรธที่ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การบำบัดซ้ำ ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงสำหรับผู้ป่วยใน ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ได้รับการบำบัดจากพยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบและได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นต้น

5.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

5.1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

5.1.2 แบบประเมินแบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย

5.1.3 แบบการวัดการแสดงความโกรธ

5.1.4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

5.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

5.3 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง โปรแกรมการจัดการกับความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

5.1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 แบบประเมิน ได้แก่

5.1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ = 1 คือ ไม่มีอาการ = 2 คือ สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังไม่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ = 3 คือ มีอาการเล็กน้อย = 4 คือ มีอาการปานกลาง = 5 คือ มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 6 คือ มีอาการรุนแรง = 7 คือ มีอาการรุนแรงมาก การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับคะแนนน้อยกว่า 18 = มีอาการทางจิตในเกณฑ์ปกติ ระดับคะแนน 18 - 36 = มีอาการทางจิตในระดับน้อย ระดับคะแนนมากกว่า 36 = มีอาการทางจิตในระดับมาก สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัยโดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา

พฤติกรรมก้าวร้าวต้องมีค่าคะแนนตามแบบประเมิน อาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย คือต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

5.1.2 แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination : Thai - Version 2002 (MMSE - THAI 2002)) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความบกพร่องของการทำงานของระบบสมองในด้านต่างๆ ซึ่งพัฒนาแบบประเมินนี้เป็นฉบับภาษาไทยโดยคณะกรรมการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (2542) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อใหญ่ ได้แก่ 1) orientation for time 2) orientation for place 3) registration 4) attention /calculation 5) recall 6) naming 7) repetition 8) verbal command 9) written command 10) writing 11) vasoconstriction สำหรับประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นอย่างเป็นสากลในการประเมินสมรรถภาพทางสมอง โดยพบค่าความตรงและความเที่ยงผ่านเกณฑ์ของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีจุดตัดของคะแนน คือ 1) ในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าคะแนนเต็ม คือ 23 คะแนน (ไม่ต้องประเมินในรายข้อ attention/calculation, written command และ writing) หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม 2) ในกลุ่มผู้ที่เรียนระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนเต็มคือ 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม 3) ในกลุ่มผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนเต็ม คือ 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนหมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม แบบ MMSE มีค่าความตรงและความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .93

5.1.3 แบบวัดการแสดงความโกรธ เป็นแบบวัดการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ทศไนย วงศ์สุวรรณ ในปี พ.ศ.2542 และสิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำมาพัฒนาปรับใช้เฉพาะส่วนที่วัดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท ในงานวิจัยนี้ได้นำเฉพาะส่วนของวัดการแสดงความโกรธออกมาภายนอก (anger-out) มาใช้ มี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วแสดงความรู้สึกต่อบุคคลหรือสิ่งของในสภาพแวดล้อม จะให้ผู้ตอบประเมินตนเองโดยทั่วไปแล้วผู้ตอบเกิดลักษณะตามข้อคำถามที่กำหนดให้บ่อยครั้งเพียงใด โดยมีคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 = เกือบจะไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน
- 2 = มีบางครั้ง ให้ 2 คะแนน
- 3 = เกิดบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน
- 4 = เกือบเสมอหรือเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน

การแปลผลผลรวมคะแนนจากข้อความที่วัดการแสดงออกของความโกรธออกมาภายนอก (anger-out) คะแนนเต็ม 32 คะแนน ถ้าคะแนนรวม 16 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าบุคคลนั้นมีการแสดงความโกรธออกมาภายนอกอยู่ในระดับที่อาจก่อให้เกิดความผิดปกติได้ สิรินภา จาติเสถียร (2547) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการแสดงความโกรธไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ/หรือมีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity Index : CVI เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้

5.1.4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Yudofsky et al. (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย

กขพงศ์ สารการ (2542) แบบประเมินประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและพฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของให้น้ำหนักคะแนนตามความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละข้อ และแบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็น 3 ระดับคือ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย พฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางและพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง มีทั้งหมด 16 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบว่า มี และ ไม่มี จากประวัติการแสดงออกแต่ละด้านมารวมกันเป็นพฤติกรรมในช่วง 1 เดือน การคิดคะแนนความรุนแรงในแต่ละข้อ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหลายข้อในแต่ละด้าน จะนำข้อที่มีน้ำหนักคะแนนมากที่สุดมาคิดคะแนน และนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

0 คะแนน = ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเลย

1-7 คะแนน = มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย

8-14 คะแนน = มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง

15-21 คะแนน = มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity Index : CVI เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .81 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2.1 แบบบันทึกข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส นับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต

5.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Yudofsky et al. (1986) แปลเป็นภาษาไทย โดย กขพงศ์ สารการ (2542) รายละเอียดดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

5.3 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือโปรแกรมการจัดการกับความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดยพญกัณฑ์ ผางแก้ว (2558) ตามแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) และแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) เป็นโปรแกรมการจัดการความโกรธแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 3 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทและบริบทของโรงพยาบาล โดยปรับกิจกรรมที่ 8 ใช้เวลาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ เนื่องจากระยะเวลาของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทตามนโยบายมีช่วงระยะเวลาสั้น จึงมีความจำเป็นต้องรีบบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) CVI = 1 และได้นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชในชาย โรงพยาบาล

จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2566 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆได้ดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามกระบวนการที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เป็นอย่างดี

รูปแบบของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 มี 4 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 3) กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 4) กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และ 5) กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

- กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 มี 4 กิจกรรม คือ 1) การรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) การตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ 3) การยอมรับความโกรธและการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ และ 4) การเตรียมพร้อมกับการจัดการความโกรธ

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ

- กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 มี 5 กิจกรรม คือ 1) การจินตนาการและการบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบระบุอารมณ์การให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ 3) การเรียนรู้และปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 4) การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ 5) การประเมินผลด้วยการให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ

- กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 มี 5 กิจกรรม คือ 1) การจินตนาการและการบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบระบุอารมณ์การให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ 3) การเรียนรู้และปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ 5) การประเมินผลด้วยการให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ

- กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจินตนาการ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 มี 5 กิจกรรม คือ 1) การจินตนาการและการบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบระบุอารมณ์การให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ 3) การเรียนรู้และปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 4) การฝึกทักษะการจินตนาการ 5) การประเมินผลด้วยการให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ

- กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 มี 5 กิจกรรม คือ 1) การจินตนาการและการบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบระบุอารมณ์การให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ 3) การเรียนรู้

และปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 4) การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม 5) การประเมินผลด้วยการให้คะแนนวัดระดับของอารมณ์โกรธ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น

- กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 คือ ให้ผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการความโกรธไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวันขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 สัปดาห์

- กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60 – 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 คือ ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธโดยใช้กิจกรรมชื่อ "คืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ" เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดต้องการที่จะสร้างความสุขให้กับผู้รับการบำบัด ให้กำลังใจซึ่งกันและกันและยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 6.1) ขั้นเตรียมการทดลอง 6.2) ขั้นดำเนินการทดลอง 6.3) ขั้นประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ขั้นเตรียมการทดลอง

6.1.1 ผู้วิจัย

- ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนและฝึกทักษะในเรื่องการทำกลุ่มบำบัด เตรียมขั้นตอนการวางแผนเกี่ยวกับทำหน้าที่การบำบัด การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การคัดกรองผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด ในด้านอบรมและพัฒนาผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) ของกรมสุขภาพจิต ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีประสบการณ์การนำองค์ความรู้สู่การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

- ผู้วิจัยและทีมร่วมศึกษาโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยและทีมร่วมศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธของ พยุงศักดิ์ ผางแก้ว และตรวจสอบความถูกต้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้บำบัดคนเดียวจึงเป็นเพียงการทดสอบความเหมาะสมของภาษา และระยะเวลาในการนำไปใช้

- ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไข ให้สามารถทำการวิจัยได้ตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยได้นำเสนอหนังสือดังกล่าวเสนอต่อรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

6.1.2 ผู้ช่วยวิจัย

- ผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย มีประสบการณ์ในการทำงานและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมา 37 ปี เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) และประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านการคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา ด้วยแบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination : Thai - Version 2002 : MMSE - THAI 2002) โดยมี inter - rater ในการใช้เครื่องมือ > 0.92

- ผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย เป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 52 คน ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทันทีเมื่อครบ 3 สัปดาห์และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน โดยมี inter - rater ในการใช้เครื่องมือ > 0.92

6.1.3 เตรียมบุคลากรของหอผู้ป่วยจิตเวชในชาย ผู้วิจัยประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชในชาย ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยจิตเวชในชาย เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาดำเนินการ เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

6.1.4 เตรียมสถานที่ทำกลุ่มบำบัด เตรียมห้องทำกลุ่มบำบัด เป็นห้องทำกิจกรรมกลุ่ม อยู่บริเวณชั้นที่ 2 ของหอผู้ป่วยจิตเวชในชายชงโค เป็นสัดส่วนที่แยกจากห้องนอนผู้ป่วย ไม่มีเสียงรบกวน ห้องกว้าง โลงมีโต๊ะกลาง และเก้าอี้หนัง ได้ 15 ที่นั่ง มีกระดานไวบอร์ดสำหรับใช้เขียน แสงสว่างเพียงพอ มีพัดลมเพดานและติดแอร์คอนดิชั่น

6.1.5 การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจง โดยการนำตัวผู้เก็บข้อมูล วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลภายหลังการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยและประโยชน์ที่จะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ผู้ป่วยเซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเชิญตาม วัน เวลา ที่ผู้วิจัยนัดหมาย ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย คือ 2 เดือน และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 9 ครั้ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2566 ซึ่งในแต่ละครั้งใช้เวลา 60- 90 นาที สถานที่ห้องทำกลุ่มกิจกรรม ชั้น 2 หอผู้ป่วยจิตเวชในชายชงโค

6.2 ขั้นตอนการทดลอง

6.2.1 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาทีละคู่ และทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย การจับคู่ตัวอย่าง

(matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดย matched pairs ด้วย อายุ และระดับคะแนน BPRS จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งจะทำการคัดเลือกจนครบ 26 คู่ เพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน

6.2.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

6.2.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ การดำเนินการ ระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยทำตามขั้นตอนดังกล่าว จนครบ 26 คู่

6.2.4 ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 26 คน ตามโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดำเนินการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือการนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การบำบัดใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยกิจกรรมบำบัดประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ
- กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการความโกรธ

- กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ
- กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ
- กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจินตนาการ
- กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น

- กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน
- กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของการฝึกทั้งหมด

กลุ่มทดลอง จำนวนทั้งหมด 26 คน ผู้วิจัยได้แบ่งการบำบัดของกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ดำเนินการทดลองในครั้งที่ 1 และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ดำเนินการทดลองในครั้งที่ 2 ในการทดลองทั้งสองกลุ่ม สัปดาห์ที่ 1 เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด 3 ครั้ง วันอังคารถึงวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด 4 ครั้ง วันอังคารถึงวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 8 วันศุกร์ครบเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด กิจกรรมที่ 8 พร้อมประเมินผลคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (ดังตารางที่ 1)

กลุ่ม	กลุ่มที่	จำนวนสมาชิก	สิงหาคม 2566	กันยายน 2566
ทดลอง	1	13	วันที่ 15-17,22-25 (เวลา 9.30-11.00 น.)	วันที่ 1 (เวลา 9.30-11.00 น.)
	2	13		วันที่ 12-14,19-22 และ 29 (เวลา 9.30-11.00 น.)
ควบคุม	1	13	วันที่ 15-17, 22-25 (เวลา 9.30-11.00 น.)	วันที่ 1 (เวลา 9.30-11.00 น.)
	2	13		วันที่ 12-14,19-22 และ 29 (เวลา 9.30-11.00 น.)

ตารางที่ 1 ตารางกำหนดการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6.2.5 ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้ กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้รับการบำบัดจากพยาบาลวิชาชีพประจำตัวผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบและได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นต้น จนครบ 3 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม รวมทั้งหมด 26 คน แบ่งการทดลองเป็น 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1 ดำเนินการทดลองในครั้งที่ 1 และกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2 ดำเนินการทดลองใน ครั้งที่ 2 ดำเนินการตามขั้นตอนการทดลองเหมือนกลุ่มทดลอง (ดังตารางที่ 1)

6.3 ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการบำบัดตามโปรแกรมการจัดการกับความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Post-test) ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และประเมินในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Post-test) ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อครบ 3 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยการนัดหมายผู้ป่วยและญาติให้มาตามนัดหมายมารับยา โดยผู้วิจัยจะมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน การนัดวันนัดหมายจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน อาจมาก่อนหรือหลังวันนัดหมายไม่เกิน 3 วันทำการ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาตามกำหนด จะนัดตรงกับวันที่ตรงกับวันที่มาพบแพทย์เพื่อรับยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อใกล้ถึงวันนัดหมาย 1-2 วัน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปย้ำเตือนวันนัดหมายและสอบถามวันเวลาที่ถึงโรงพยาบาลที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ณ อาคารผู้ป่วยนอก (เมื่อถึงวันนัดหมาย ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้วิจัยจะติดต่อทางโทรศัพท์อีกครั้งและสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

7. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธ ระยะหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธทันที และระยะติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ Repeated Measure ANOVA (Chatzi, A., & Doody, 2023; Polit & Beck, 2022)

7.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่ม คือ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t - test)

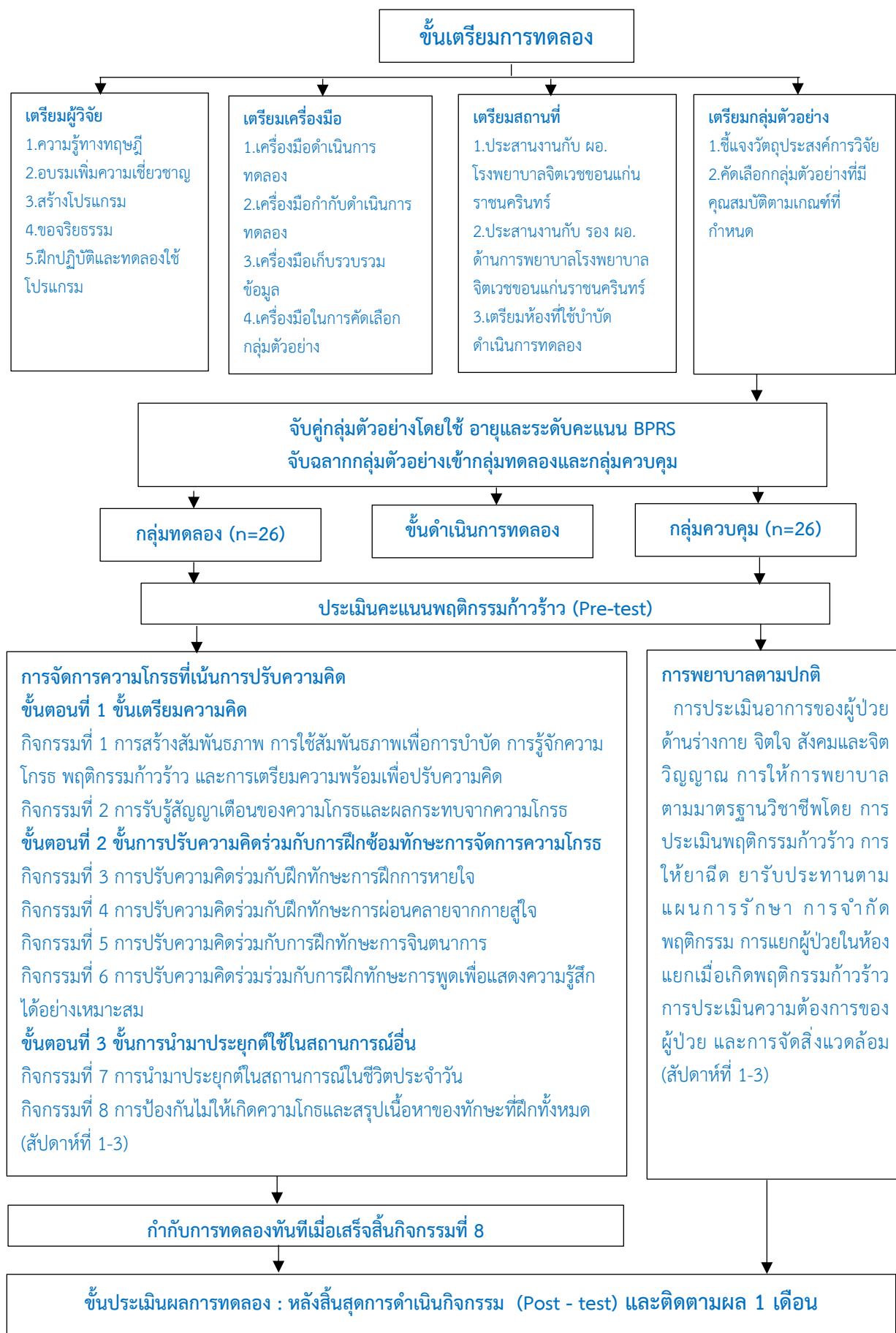
7.4 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ระยะดังกล่าว โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey

8. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 010/2566 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน ระยะเวลาและกิจกรรมของโครงการอย่างละเอียด ความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัย มีการเตรียมการป้องกัน เมื่อมีเหตุการณ์ดังกล่าว จะมีการช่วยเหลือและแก้ไขทันที โดยอาสาสมัครอาจจะถูกขอให้ออกจากโครงการถ้ามีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นหรือนอกเหนือเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการเพื่อเข้าสู่การดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท และการขอออกจากโครงการและมารับการรักษาต่อเนื่อง จะไม่มีผลเสียใดๆเกิดขึ้น ส่วนการแสดงความยินยอมจะเป็นลายลักษณ์อักษรที่ลงลายมือชื่อหรือปั๊มลายนิ้วมือของอาสาสมัคร รักษาความลับของข้อมูลวิจัย โดยการใส่รหัสแทนการระบุตัวตน ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม นำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น แบบเก็บรวบรวมข้อมูลจะแยกเก็บต่างหากกับใบยินยอม โดยเก็บไว้ในตู้ที่ปิดที่เก็บเอกสารมีกุญแจคนละตู้ สำหรับไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์จะถูกป้องกันโดยมีรหัสผ่าน มีทีมนักวิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลทั้งสองแบบนี้ ข้อมูลทั้งหมดทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่ผลการวิจัย

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group with pretest and posttest design) เพื่อเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (กลุ่มทดลอง) และการให้การรักษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ต่อคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 - ตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คนและกลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันคือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Repeated measure ANOVA และ Independent t- test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

1. ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทจิตเภทชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 - ตุลาคม 2566 จำนวน 52 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pairs) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบในการวิจัยครั้งนี้ คืออายุและระดับคะแนน BPRS จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มทดลองและควบคุม พบว่าอายุเฉลี่ย 38.65 ปี S.D = 10.47 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.3 ระดับการศึกษา จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 32.7 อาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน ร้อยละ 44.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 8.60 ปี S.D = 7.23 รายละเอียดของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพและการนับถือศาสนา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		ทั้งหมด (n=52)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
20-29	5	19.2	5	19.2	10	19.2
30-39	10	38.5	10	38.5	20	38.5
40-49	7	26.9	6	23.1	13	25
50-59	4	15.4	5	19.2	9	17.3
Mean	38.15		39.15		38.65	
S.D	10.44		10.49		10.47	
สถานภาพสมรส						
โสด	19	73.1	16	61.5	35	67.3
สมรสคู่	3	11.6	3	11.6	6	11.6
หย่าร้าง	4	15.3	7	26.9	11	21.1
การนับถือศาสนา						
พุทธ	26	100	26	100	52	100

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลอง พบว่าอายุอยู่ระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.5 รองลงมา อายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 26.9 (อายุเฉลี่ย 38.15 ปี S.D = 10.44) สถานภาพโสดและหย่าร้าง ร้อยละ 73.1 และร้อยละ 15.3 ตามลำดับ และการนับถือศาสนา นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.5 (อายุเฉลี่ย 39.15 ปี S.D =10.49) สถานภาพโสดและหย่าร้าง ร้อยละ 61.5 และร้อยละ 26.9 ตามลำดับ และการนับถือศาสนา นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100

ตารางที่ 3 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพและการนับถือศาสนา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		ทั้งหมด (n=52)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.8	1	3.8	2	3.8
ประถมศึกษา	10	38.5	7	27.0	17	32.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	7.7	8	30.7	10	19.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	27.0	5	19.4	12	23.1
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	11.5	3	11.5	8	15.4
ปริญญาตรี	3	11.5	2	7.7	3	7.7
อาชีพ						
เกษตรกร	7	26.9	9	34.6	16	30.8
รับจ้าง	3	11.5	5	19.2	8	15.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	13	50	10	38.5	23	44.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	11.5	2	7.7	5	9.6

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลอง จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและมัธยมปลาย ร้อยละ 38.5 และ 27.0 ตามลำดับ และการประกอบอาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน และเกษตรกร ร้อยละ 50 และ 26.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุม จบระดับการศึกษามัธยมตอนต้นและชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 30.7 และ 27.0 ตามลำดับ และการประกอบอาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน และเกษตรกร ร้อยละ 38.5 และ 34.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		ทั้งหมด (n=52)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต						
≤5 ปี	11	42.3	13	50.0	23	44.2
6-10 ปี	7	26.9	4	15.4	11	21.1
> 10 ปี	8	30.8	9	34.6	17	32.7
Mean±	8.40		8.79		8.60	
S.D.	7.21		7.25		7.23	

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตพบมากที่สุด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ (ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 8.40 ปี S.D = 7.21)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตพบมากที่สุด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 34.6 ตามลำดับ (ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 8.79 ปี S.D = 7.25)

2. ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

คนที่	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	16	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
2	18	รุนแรง	3	น้อย	1	น้อย
3	16	รุนแรง	2	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
4	11	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
5	12	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
6	17	รุนแรง	1	น้อย	1	น้อย
7	16	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
8	20	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
9	18	รุนแรง	1	น้อย	2	น้อย
10	9	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
11	18	รุนแรง	2	น้อย	1	น้อย
12	9	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
13	17	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
14	12	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
15	19	รุนแรง	1	น้อย	0	ไม่มีเลย
16	10	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
17	9	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
18	16	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	1	น้อย
19	18	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	1	น้อย
20	17	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
21	19	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	1	น้อย
22	10	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
23	9	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
24	20	รุนแรง	1	น้อย	0	ไม่มีเลย

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (ต่อ)

คนที่	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
25	8	ปานกลาง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
26	19	รุนแรง	0	ไม่มีเลย	0	ไม่มีเลย
	$\bar{X} = 14.7, SD = 4.04$		$\bar{X} = 0.42, SD = 0.79$		$\bar{X} = 0.31, SD = 0.54$	

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะก่อนการทดลองสูงกว่า ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน คือ 14.7, 0.42 และ 0.31 นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

คนที่	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลองทันที		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	17	รุนแรง	15	ปานกลาง	16	รุนแรง
2	11	ปานกลาง	10	ปานกลาง	10	ปานกลาง
3	20	รุนแรง	17	รุนแรง	18	รุนแรง
4	17	รุนแรง	15	ปานกลาง	16	รุนแรง
5	13	ปานกลาง	7	น้อย	16	รุนแรง
6	20	รุนแรง	17	รุนแรง	18	รุนแรง
7	16	รุนแรง	15	ปานกลาง	17	รุนแรง
8	10	ปานกลาง	10	ปานกลาง	9	ปานกลาง
9	19	รุนแรง	15	ปานกลาง	17	รุนแรง
10	11	ปานกลาง	8	ปานกลาง	9	ปานกลาง
11	17	รุนแรง	17	รุนแรง	16	รุนแรง
12	10	ปานกลาง	8	ปานกลาง	9	ปานกลาง
13	19	รุนแรง	17	รุนแรง	18	รุนแรง
14	10	ปานกลาง	8	ปานกลาง	9	ปานกลาง
15	11	ปานกลาง	8	ปานกลาง	9	ปานกลาง

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (ต่อ)

คนที่	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลองทันที		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
16	16	รุนแรง	17	รุนแรง	17	รุนแรง
17	12	ปานกลาง	12	ปานกลาง	10	ปานกลาง
18	18	รุนแรง	17	รุนแรง	18	รุนแรง
19	20	รุนแรง	8	ปานกลาง	8	ปานกลาง
20	11	ปานกลาง	8	ปานกลาง	9	ปานกลาง
21	19	รุนแรง	16	รุนแรง	16	รุนแรง
22	16	รุนแรง	16	รุนแรง	17	รุนแรง
23	18	รุนแรง	16	รุนแรง	16	รุนแรง
24	11	ปานกลาง	9	ปานกลาง	8	ปานกลาง
25	16	รุนแรง	16	รุนแรง	15	ปานกลาง
26	10	ปานกลาง	10	ปานกลาง	9	ปานกลาง
	$\bar{X} = 14.9, SD = 3.67$		$\bar{X} = 12.8, SD = 3.81$		$\bar{X} = 13.5, SD = 3.90$	

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะก่อนการทดลองสูงกว่า ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน คือ 14.9, 12.8 และ 13.5 นอกจากนี้ยังพบว่าระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความใกล้เคียงกัน

3. ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน เทียบกับระยะก่อนการทดลอง

	หลังการทดลองเทียบกับก่อนการทดลอง	ระยะติดตามผล 1 เดือนเทียบกับก่อนการทดลอง
ค่าเฉลี่ยความต่าง	-14.31	-14.46
95%CI*	-15.7-12.91	-15.85, -13.07
p-value*	<0.001	<0.001

* Bonferroni adjustment

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลอง 14.31 และ 14.46 คะแนน ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		T	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	3.61	0.49	3.57	0.50	0.27	0.78
ระยะหลังการทดลองทันที	1.26	0.45	3.53	0.50	-17.00	0.00
ระยะติดตามผล 1 เดือน	1.23	0.42	3.57	0.50	-18.06	0.00

จากตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t- test พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.61 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.57

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะหลังการทดลองทันที พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}$ เท่ากับ 1.26 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}$ เท่ากับ 3.53

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.23 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.57

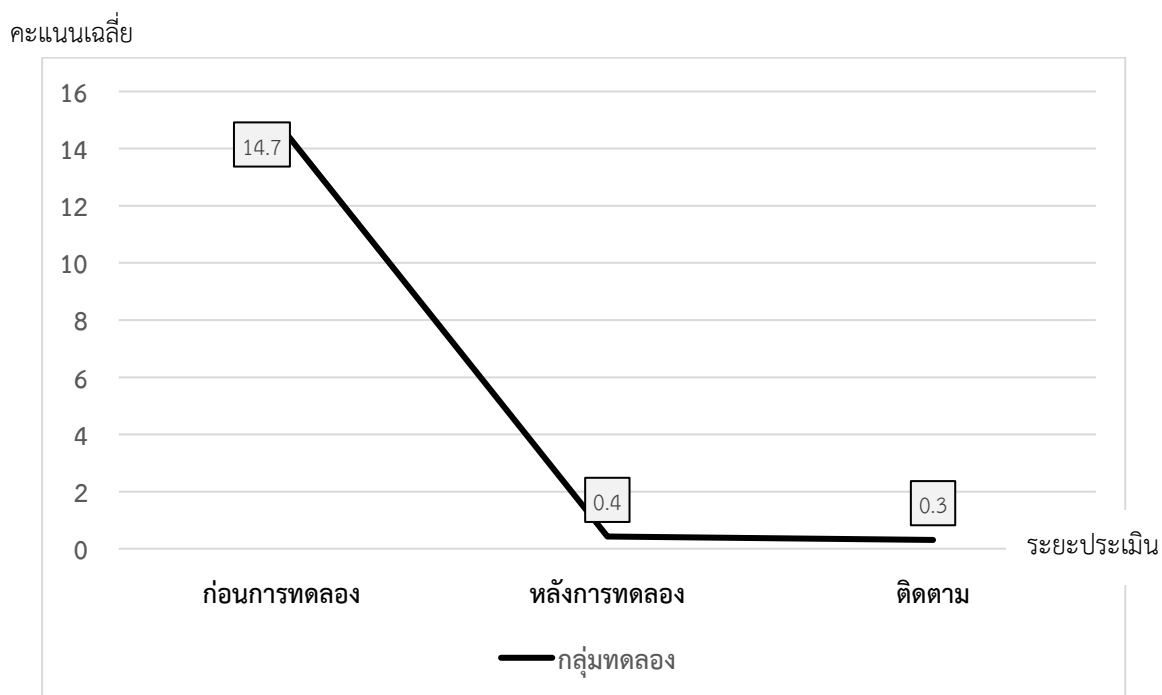
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	การวัด		$\bar{X}_{diff}$	95%CI		P-value
	กลุ่ม			Lower	Upper	
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว	ทดลอง	ก่อนและหลัง	14.3	13.0	15.7	<0.001
		ก่อนและติดตาม	14.4	13.1	15.8	<0.001
		หลังและติดตาม	0.12	-1.2	1.5	1.000
	ควบคุม	ก่อนและหลัง	2.2	0.8	3.5	0.001
		ก่อนและติดตาม	1.5	0.12	2.8	0.029
		หลังและติดตาม	-0.69	-2.0	0.65	0.640

จากตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ANOVA เปรียบเทียบ 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ส่วนระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว มีความแตกต่างของ 2 ระยะคือ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แผนภาพที่ 3 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน



จากภาพที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	กลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	MD (95%CI)	
กลุ่มทดลอง	14.73 (4.12)	0.42 (0.81)	0.27 (0.53)	8.58	<0.001
กลุ่มควบคุม	14.92 (3.74)	12.73 (3.91)	13.5 (3.94)	(7.09, 10.06)	

MD ค่าเฉลี่ยความต่างระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม, 95%CI ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มควบคุม 8.58 คะแนน ด้วยช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 7.09 ถึง 10.06 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแตกต่างของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน เป็นรายคู่

ตัวแปร	การวัด	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	การทดลอง		วัดแต่ละครั้ง	
		(กลุ่มทดลอง)	(กลุ่มควบคุม)	$F_{(x,x)}$	$P\text{-value}$	$F_{(x,x)}$	$P\text{-value}$
คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	ก่อนการทดลอง	14.7 ± 4.1	14.9 ± 3.7	121.8 (1,100)	<0.001	285.6 (2,100)	<0.001

จากตารางที่ 11 ผลการทดสอบด้วยสถิติของ Turkey เพื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่าการวัดแต่ละครั้ง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และการติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการวัดก่อนและหลัง ทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group with pretest and posttest design) มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว และเพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ ความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้น คือ กิจกรรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิด ตัวแปรตามคือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมี วัตถุประสงค์การวิจัยและการตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความ โกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการ ปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับ ความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล จิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) ที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 - ตุลาคม 2566 ที่มี

อายุระหว่าง 20-60 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเข้าและคัดออก จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ผู้วิจัยทำการควบคุม ตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่ม ตัวอย่าง (Matched paired) ในการ วิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วย จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่มีลักษณะด้านประชากรที่คล้ายคลึง กันมากที่สุดคือ อายุ และระดับคะแนน BPRS จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1 .เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการเนินการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการกับความโกรธด้วยการปรับ ความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดยพญศศิดี ฝางแก้ว (2558) ตาม แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) และแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) การ ดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการวันเว้นวันในกิจกรรมที่ 1-7 หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้ นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินผล หลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อการรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียม ความพร้อมเพื่อปรับความคิดการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกใน กระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ผู้บำบัดจะได้อธิบาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับการ เข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วย การให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรม แบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 2) กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 3) กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่าง สถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความ โกรธ และ 4) กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนิน กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณ เตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทราบถึงผลกระทบ ของความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธเกิดการยอมรับความโกรธ และสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ

1) กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดง ความโกรธ 3) กิจกรรมการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60 - 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ หรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือ เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน และตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการฝึกการหายใจ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่า ที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ โดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือ ใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 มี 5 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ หรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่คือ ใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุด อาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริง และไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไข

สถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้ สามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการจินตนาการเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมใช้เวลา ดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้น ให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ สามารถพิสูจน์ และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหานั้นได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือใช้เทคนิคการหยุดความคิดเพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้ จะช่วยให้สามารถนำวิธีการนี้ไปใช้ หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงได้ และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผลโดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เวลาดำเนินกิจกรรม 60- 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ โดยการใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจใช้ในการฝึก โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่านการฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม จากนั้นได้ให้ผู้รับการบำบัดนำทักษะต่างๆที่ได้ฝึกไปทดลองใช้จริงในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ใช้เวลา ดำเนินกิจกรรม 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธอีก โดยเน้นการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดเพราะผู้ที่มีความสุขมักจะโกรธยากและเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดรวมกัน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Yudofsky et al.(1986) แปลเป็น ภาษาไทย โดย กชพงศ์ สารการ (2542) ข้อคำถามประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ โดยพบว่าค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Kuder Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .81

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธ ระยะหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธทันที และระยะติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ Repeated Measure ANOVA วิจัยนี้มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

2. ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ผู้วิจัยได้มีการอภิปราย ผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ การอภิปรายผลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการอภิปรายผลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 การอภิปรายผลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด 52 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ในด้านอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่างระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 ด้านสถานภาพสมรสพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็น ร้อยละ 61.5 รองลงคือ สถานภาพสมรสและหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 21.1 ในด้านการนับถือศาสนาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านระดับการศึกษาสูงสุดพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงมา คือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27 ในด้านอาชีพทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 30.8 ในด้านระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมา คือ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7

ตอนที่ 2 การอภิปรายผลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1.สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นกิจกรรมการบำบัดที่ดำเนินกระบวนการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิด ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ ร่วมกับแนวคิดการ

ปรับความคิดของ Beck (1995) ที่กล่าวว่า การปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการบำบัดทางความคิดโดยตรงวัตถุประสงค์มีวัตถุประสงค์สำคัญอันดับแรกของการบำบัดคือการสอนให้บุคคลค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัญหาชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของความคิดที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา การปรับเปลี่ยนความคิดที่มีผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย การช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักและมีวิธีการจัดการกับความโกรธที่เกิดขึ้น นอกจากนี้กระบวนการบำบัดซึ่งเป็นกระบวนการกลุ่มและโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการร่วมแสดงความคิดเห็น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การให้ข้อเสนอแนะ การประคับประคองและให้กำลังใจกัน ประสพการณ์ของผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกัน เป็นกระจกสะท้อนให้ผู้ป่วยได้กลับมามองตนเอง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ได้ทราบแบบอย่างและผลการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม นำมาแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆ ร่วมกัน การจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดนั้นเน้นการจัดการกระทำกับองค์ประกอบทางความคิด ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงย่อมเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการที่สำคัญคือการเปลี่ยนการตีความ การรับรู้ การสงบจิตใจด้วยการใช้เทคนิคผ่อนคลายอารมณ์ การควบคุมตัวเอง การรับฟังผู้อื่น การพูดแสดงความรู้สึก ผลที่ได้คือทำให้เกิดความสงบในจิตใจ สามารถควบคุมความเครียดความโกรธได้ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้เปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวจากที่เคยมีมาแสดงออก เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับ

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่ได้้นำการจัดการความโกรธหรือการปรับความคิดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติทางจิต พบว่ากลุ่มทดลองสามารถจัดการความโกรธของตนได้ ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิด ของ Beck (1995) เมื่อนำมาบูรณาการแล้วได้รูปแบบของกิจกรรมที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด** มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จัก

ความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับ ความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ **ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ** มี 4 กิจกรรม กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม **ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์** มี 2 กิจกรรม กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ซึ่งผลจากกิจกรรม ทั้ง 8 กิจกรรม ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

ขั้นที่ 1 คือ การเตรียมความคิด (Cognitive preparation) เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิดและให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธและความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ เมื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไก สาเหตุของการเกิดความโกรธและสร้างความตระหนักรู้ความโกรธ เข้าใจรูปแบบความคิด ความสัมพันธ์ของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า การรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ และเข้าใจรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์โกรธ และสรีระ สามารถค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในได้ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา จะช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกรากเริ่มที่เกิดขึ้นได้ ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ซึ่งในขั้นนี้ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการฝึกซ้อมทักษะตามแนวความคิดการควบคุมความโกรธของ Navaco (1975) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ โดยใช้การจินตนาการถึงสถานการณ์ที่เคยเกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวและแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบสภาพอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงสามารถระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ของตนเอง เพื่อดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดและสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ทักษะการจัดการความโกรธที่สอนประกอบด้วย ทักษะการฝึกการหายใจ ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ทักษะการจินตนาการ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้ และทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นทักษะการพูดเพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบได้ผลดีโดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร ส่วนการปรับความคิดใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด เทคนิคการหยุดความคิด ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้น

การปรับความคิดมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ดังเหตุผลที่ อภิปรายไว้ในสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ของ พยุงศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2562) โดยได้ศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าระดับคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ดังการศึกษาของปราณี เอกชนนิยม(2562) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nihayatin (2020) ได้ศึกษาการฝึกการกล้าแสดงออกในรูปแบบบทบาทสมมติในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ใช้แนวคิดการฝึกความกล้าแสดงออกในรูปแบบการแสดงบทบาท ของ Morris Robinson ,Eisenberg (2005) และแนวคิด Assertive Training ของ Wope (1958) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการกล้าแสดงออกแบบบทบาทสมมติ หลังการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถเพิ่มทักษะการจัดการกับความโกรธและควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนโดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความสามารถจัดการความโกรธได้น้อยและส่งผลต่อการแสดงออกโดยมีพฤติกรรมรุนแรง (Hardin ,Contreras, Kosiak, & Novaco, 2022; พยุงศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ 2562; วรณศิริ นทรานุกร และคณะ, 2562) ดังนั้นการจัดการความโกรธ เป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธที่จะนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งในอีกหลายๆวิธีการที่ค่อนข้างได้ผล (Kim& Kim, 2022; Novaco, 2020) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงแล้วยังเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยในแง่ของการรักษาและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้โดยไม่มี ความกังวลในเรื่องของการถูกทำร้ายร่างกาย ทำให้การรักษาและการบำบัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Anithalakshmi, 2023)

ผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงลดลง และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงคาดว่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้รับการบำบัดที่มีปัญหาการจัดการความโกรธ (Westbrook et

al., 2007) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความสำคัญในการจัดการความโกรธได้อย่างมาก และลดปัญหาที่เกิดจากการแสดงความโกรธได้

การทดสอบเพื่อยืนยันหาค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละกลุ่ม จำเป็นต้องใช้สถิติอื่นนอกเหนือจากสถิติเชิงพรรณนามาอธิบาย (Polit & Beck, 2022) ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ จึงได้เลือกใช้สถิติ ANOVA เพื่ออธิบายความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังจากที่มีการทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบ 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที ระยะก่อนการทดลองและติดตาม 1 เดือน และระยะหลังการทดลองทันทีและติดตาม 1 เดือน ซึ่งสถิตินี้เป็นสถิติอนุมานที่เหมาะสม ที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป (Chatzi, A., & Doody, 2023) ทำให้ผลวิจัยสามารถยืนยันความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละกลุ่มได้

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือความพร้อมและองค์ความรู้ของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) ของกรมสุขภาพจิต ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และมีประสบการณ์การนำองค์ความรู้สู่การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติการสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 10 ปี จากประสบการณ์และองค์ความรู้จากการอบรมทำให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปได้ด้วยดี สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมตามแนวคิดของ Novaco ได้อย่างเหมาะสมทั้งนี้ข้อมูลสนับสนุนว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและผ่านการอบรมการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) มาแล้วสามารถให้การดูแลได้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรมหรือมีประสบการณ์น้อยกว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Tylor & Novaco, 2023)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัด โดยไม่สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทหญิงได้ เนื่องจากกลุ่มประชากรที่เลือกนำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงชาย การจัดการความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกอาจมีความแตกต่างกัน โดยมากในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชายมักแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมีอารมณ์โกรธมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง (Girasek et al., 2022) นอกจากนี้ปัจจัยทางเพศแล้ว ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เช่น ระดับการศึกษา พฤติกรรมในการควบคุมความโกรธ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้การรักษา/ดูแล และสภาพแวดล้อมของสถานบริการที่ให้การบำบัดทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Girasek et al., 2022) ดังนั้นในการศึกษาค้างต่อไปอาจพิจารณาปัจจัยร่วมเหล่านี้เพิ่มเติม เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดความแปรปรวนเมื่อเข้ารับโปรแกรมการจัดการความโกรธ และอาจพิจารณาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในผู้ป่วยจิตเภทหญิง เพื่อทดสอบความเที่ยง และประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความโกรธที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อต้องใช้โปรแกรมเพื่อการบำบัดในกลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบำบัดพฤติกรรมจัดการความโกรธ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ข้อจำกัดในการวิจัย

การบำบัดตามโปรแกรมการจัดการความโกรธ มีการฝึกซ้อมทักษะต่างๆในการจัดการกับความโกรธ ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลานานในการฝึกและทดลองนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการวิจัย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีระยะเวลาในการติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธต่อไป

ข้อเสนอแนะทางด้านการพยาบาล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติ โปรแกรมการจัดการความโกรธสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย เพราะกระบวนการไม่ยุ่งยากและเหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างครอบคลุม แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติควรผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ

ด้านการบริหาร ควรสนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และขยายผลนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อช่วยในการบำบัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กชพงศ์ สารการ. (2542). **พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต**. นนทบุรี : พรอสเพอริสพลัส.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายงานค่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทสะสม**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 12 มีนาคม). สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท.
<http://www.medhubnews.com>
- กัญญาวรรณ ระเบียบ. (2553). **ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2559). **โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น**. ใน นันทวัช สิริธีรภัฏ และคณะ (บรรณาธิการ). **จิตเวชศิริราช DSM-5**. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทย.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วัฒนา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื้อยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 30 (3) . 52-65.
- จรรยา ธัญญาดี. (2559). **การพยาบาลบุคคลโรคจิตเภท**. ใน ยาใจ สิริธิมงคล, พวงเพชร เกสสารสมุท, นพพร ว่องสิริมาศ, อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง (บรรณาธิการ). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และปลิดา เหมโลหะ. (2559). **โรคจิตเภทกับการบำบัดทางการพยาบาล**. ใน สายฝน เอกวรังกูร (บรรณาธิการ). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลปสู่การปฏิบัติ**, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามลดา.
- ชมรมเครือข่ายการพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ชนากานต์ บุญชู. (2554). **ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ**. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลศิริราช.
- ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์. (2558, 16 มีนาคม). **การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ**.
<http://www.teacher.ssru.ac.th>.
- ดร.ณิ ศขพรหม, ธีรณัฐ ยินดีสุข, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล, เยาวณีจรรยาคุกกี้ และศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2564). **บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้หลักการจัดการความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 5(3). 12 – 22.
- ดวงใจ ปินตากุล. (2558, 17 ตุลาคม). **การบริหารจัดการความโกรธ**. [http:// www.journal-social.mcu.ac.th](http://www.journal-social.mcu.ac.th)

- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม**. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนีย์ ล่องชุมพล. (2558). **การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม**. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. กรมสุขภาพจิต.
- ทวี ตั้งเสรี. (2541). **การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10**. นครพนม : โรงพยาบาลนครพนม.
- ทศไนย วงศ์สุวรรณ. (2542). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงพะงา ลิ้มสุวรรณ และ ศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2561, 17 เมษายน). **Aggression and violence in adolescents**. [http:// www.rcpsych.org](http://www.rcpsych.org).
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ. (2562). **จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry)**. สมุทรสาคร: บริษัท สยามทองกิจ จำกัด.
- นันทวิช สิริธีรภัฏ และคณะ. (2558). **จิตเวชศาสตร์ DSM-5**. กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทย.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2558). **การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตสังคม**. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. <http://www.teacher.ssru.ac.th>.
- นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). **ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 31 (1). 129-142.
- บุคอรียะ มะมิง และ วินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2566). **รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ**. Princess of Narahiwat University journal. 15(1). 62-97.
- ปัญญา ทองทัฬห. (2556). **พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว**. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 31(4). 121-127.
- ปราณี เอกชนนิยม นาฏลดานำภาและพยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว. (2562). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท**. อุบลราชธานี : ไม่ได้ตีพิมพ์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549). **Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS**. ไม่ได้ตีพิมพ์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). **ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 33(1). 53 – 69.
- พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว. (2558). **ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- พิชญวดี จิตตโรภาส และมนัช สูงประสิทธิ์. (2558). **จิตเวชฉุกเฉิน**. ในมานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชัย. (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**, พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชร คันสายบัว . (2553). **ผลการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดด้วยกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดความคิดและพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ลักษณ์
- เพชร คันสายบัว และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์. (2563). **การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง**.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 14(1) . 55-69.
- เพชร คันสายบัว และคณะ. (2563). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 14(2) 16-28.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2563). **การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท**.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.14(1) :39-54.
- พงศธร พหลภาคย์ และภัทรี พหลภาคย์. (2560). **กลุ่มโรคจิตและกลุ่มโรคจิตเวชชนิดอื่น**. ในกุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทร พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และศิริณา อภิสิทธิ์ภิญโญ. (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ. คลังนานาวิทยา.
- ภาณุรัตน์ ศรีมงคล และนริสา วงศ์พนารักษ์. (2565). **การรับรู้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน**. วารสารพยาบาลทหารบก. 23(2) . 408-417.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2555). **รายงานเบื้องต้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร ทางการพยาบาล**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.21(1) . 57-65.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2564**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2565**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- รังสิยา แถวสุวรรณ. (2563, 28 เมษายน). **การจัดการกับความโกรธ**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [http:// www.dmh.go.th](http://www.dmh.go.th).

- วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2555). ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะการแสดงออกที่มีความสัมพันธ์กับการแสดง
ความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จเจ้าพระยา. 6(2).10 -17.
- วรรณิ ศิรินทรางกูร, นพรัตน์ ไชยขำนิ, และเสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น. (2562). การพัฒนาโปรแกรมจัดการความ
โกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต. 33(3). 68 – 85.
- วลัยกรณ์ แพร์กิจธรรมชัย. (2555). ผลของการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความก้าวร้าวของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง.
ปริญญาบัตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภโชค สิงห์กันต์. (2559). พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง. ในนันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). จิตเวช
ศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- ศิริวรรณ ธนัชชัย. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินภา จาติเสถียร. (2547). แบบวัดการแสดงความรู้สึกโกรธ, ในผลการสอนเทคนิคการควบคุมความรู้สึก
การแสดงความรู้สึกโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 8(2). 21-
23.
- สถาบันเวชศาสตร์สูงอายุ.(2542). แบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002.
กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายฝน เอกวรารกูรและปัทมา โพธิ์สุวรรณ. สัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด. ในสายฝน เอกวราร
กูร,บรรณาธิการ. (2559). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ. พิมพ์
ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช : โรงพิมพ์สามลดา.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิตชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). (2561). คู่มือการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรม
สุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มี
การเจ็บป่วยครั้งแรก : บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 11(1). 60-67
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2552). คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนต์
พับลิชชิง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล.ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2554). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินท์ กองสุข ,สุพัตรา สุขาว,ทรงพล โลดทงค์ และจินตนา ถ้างเพิ่มพูน. (2559).
การประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมต่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 61(3). 253-266.

- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2561). รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ศรีสะเกษ : พานทอง จำกัด.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยูทไธโร, พวงเพชร เกสรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). การพยาบาลจิตเวช ศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สายรุ้งกิจ.
- เอกอุมา อัมคำ. (2560). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชการประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์.
- Aivalioti, E. I., Simos P., Basta, M. & Vgontzas, A., N. (2023). **Brief Solution-Focused Therapy in schizophrenia: A preliminary study of family characteristics and psychopathology.** *Psychiatriki*, 34: 36-43. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.085>
- Anithalakshmi, S. (2023). **Anger Management Strategies and Benefits of Anger Management Therapy.** *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR)*, 9(2), 21-28. <https://doi.org/10.36713/epra2013>
- Araya, T., Ebememek, E., & Getachew, R. (2020). **Prevalence and Associated Factors of Aggressive Behavior among Patients with Schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital Ethiopia.** *Biomed Res Int.* 757-939. <https://doi.org/10.1155/2020/7571939>
- Berkowitz, L. (1964). **Advance in experimental social psychology.** New York: Academic Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., E., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression.** New York: The Guilford Press.
- Bandura, A. (1997). **Social leaning analysis of aggressive** in E. Ribesynnes & A. Bandura (Ed). *Analysis of delinquency and aggressive.* Hillsdale, NJ : Earlbaum.
- Beck, J., S. (1995). . New York : The Guilford Press.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). **Cognitive-behavioural therapy in the treatment of anger: A meta-analysis.** *Cognitive Therapy and Research*, 22(1). 63-74. <https://doi.org/10.1023/A:1018763902991>
- Barnett, R. (2022). **Improving the management of acute aggression in state residential and inpatient psychiatric Facilities.** *Child Adolesc Psychiatry.* 4(8). 897-905. <https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00007>
- Black DW & Anderson NC. (2011). **Introductory textbook of psychiatry.** 5th ed. Washington DC : American psychiatric publishing.
- Burns, M., Bird, D., Leach, C. & Higging, K. (2003). **Anger management training: the effects of a structured program on the self-reported anger experience of forensic**

- inpatients with learning disability. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 10 (5). 569-577. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00653.x>.
- Chan, H.,Y., Lu, R., B., Tseng, C.,L., & Chou, K.,R. (2003). **Effectiveness of the anger control Program in ducing anger expression in patient with schizophrenia**. *Archives of Psychiatric Nursing*. 17(2). 88-95. <https://doi.org/10.1053/apnu.2003.50001>
- Caqueo-Úrizar, A., Fond, G., Urzúa, A., Boyer, L. & Williams, D., R. (2016). **Violent behavior and Aggression in schizophrenia: prevalence and risk factor.A multicentric study from three Latin-America countries**. *Schizophrenia Research*. (178).23-28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.005>
- Chatzi, A., & Doody, O. (2023). **The one-way ANOVA test explained**. *Nurse Researcher*. 31(3). 8–14. <https://doi.org/10.7748/nr.2023.e1885>
- Cho, W., Shin, W-S., An, I., Bang, M., Cho, D-Y., & Lee, S-H. (2019). **Biological Aspects of Aggression and Violence in Schizophrenia**. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 17(4). 475 - 486. <https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.4.475>.
- Coid, J., W. & Ullrich,S., & Kallis, C. (2013).**The relationship between delusion and violence: finding from the east London first-episode psychosis study**. *Journal of American Medical Association Psychiatry*. 70(5). 465 - 471. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.12>
- Creemers, D., H., M., Scholte, r., H., J., Engels, R., Prinstein, M., J., & Wiers, R., W. (2012). **Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness**. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 43(1) .638-646. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.006>. Epub 2011 Sep 10.
- Cuffel, B., J.& Shumway, M. & Chouljian,T., L.& Macdonald,T. (1994). **A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia**. *Journal Nerv mental disorder*. 182(12) .704-8. <https://doi.org/10.1097/00005053-199412000-00005>.
- Ekanci,O., & Ekanci,A. (2013). **Association between insight, cognitive insight, positive symtoms and violence in patients with schizophrenia**. *Nordic Journal of Psychiatry*. 67(2).116-123. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.687767>.
- Fazel, S., Hayes, A., J., Bartellas, K., Clerici, M. & Trestman, R. (2016). **Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions**. *Review Lancet Psychiatry*. 3(9).871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).
- Fjellvang, M., & Groning, L. (2018). **U.K imaging violence in schizophrenia: A systemic review and critrical discussion of MRI literature**. *Front Psychiatry*. 23(9). 333. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00333>

- Girasek, H., Nagy, V. A., Fekete, S., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2022). **Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations.** *World Journal of Psychiatry*. 12(1). 1–23. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.1>
- Gooding, P., Tarrier, N., Dunn, G., Shaw, J. & Awenat, Y., (2015). **The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide.** *European Psychiatry*. 30(8). 988-994. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.002>
- Greer, B., Taylor, R., W., Cella, M., Stott, R., & Wykes, T. (2020). **The contribution of dynamic risk factors in predicting aggression: A systematic review including inpatient forensic and non-forensic mental health services.** *Aggression and Violent Behavior*, 53. Article 101433. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101433>
- Hamming, L., Haddock, G., Shaw, J. & Pratt, D. (2019). **Alexithymia and its Association with Depression, Suicidality, and Aggression : An overview of literature.** *Frontiers in Psychiatry*. (10). 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00203>
- Hanik, E., Ramonna, I., Praba D., Dain, T. & Findazad, C. (2020). **Assertive Training : Role Playing on Ability Controlling Aggressive Behavior of people with schizophrenia in Community.** *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 24(9). 786-794.
- Hardin, K., M., Contreras, I., M., Kosiak, K. & Novaco, R., W. (2022). **Anger rumination and imagined violence as related to violent behavior before and after psychiatric hospitalization.** *Journal of Clinical Psychology*. 78(9). 1878-1895. <https://doi.org/10.1002/jclp.23334>
- Hatice, P. & Sibel, A. (2021). **The effect of acceptance and commitment therapy orientated anger management training on anger ruminations and impulsivity levels in forensic psychiatric patients : A randomized controlled trial.** *Pubmed*. 7(4). 1616-1627. <https://doi.org/10.1111/ppc.12726>
- Hodgins, S. & Klien, S. (2017). **New Clinically Relevant finding about Violence by people with schizophrenia.** *The Canadian Journal of Psychiatry*. (62). 86-93. <https://doi.org/10.1177/07067437166483>
- Hoptman, M., J., Volavka, J., Johnson, G., Weiss, E & Robert, Bilder, R., M. (2002). **Frontal white matter microstructure, aggression and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study.** *Bio Psychiatry*. (52). 9-14. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01311-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01311-2)
- Jacobson, E. (1962). **You Must Relax.** New York : McGraw-Hill Book.
- Jones, M., T. & Harvey, P., D. (2017). **Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness.** *CNS Spectrums*. 25(2). 145-153. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001214>

- Jiyeon, K. & Sungjae, K. **Effects of a nonviolent communication-based anger management program on psychiatric inpatients.** *Archives of Psychiatric Nursing.* (14) .87-95.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.004>
- Jung, H., S., Song, J., Y. & Chung, K., J. (2018.) **Anger expression and expression in patients with schizophrenia.** *Journal Korean Neuropsychiat Association.* 39(6) . 1045-1053.
<https://doi.org/10.1002/adma.201904020>
- Kim, J., & Kim, S., (2022). **Effects of a nonviolent communication-based anger management program on psychiatric inpatients.** *Archives of Psychiatric Nursing.* (41). 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.004>
- Kheradmand, A., Hosseini, A. & Farhadinasab, A. (2022). **The Frequency and Factors Related to Aggressive Behavior in Psychiatric Patients Controlled by a Variety of Restraint Methods.** *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences.* 16(1).1-7.
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.98881>.
- Kim, J., & Kim, S. (2022). **Effects of a nonviolent communication-based anger management program on psychiatric inpatients.** *Archives of Psychiatric Nursing.* 41.87–95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.004>
- Kunz, M., Yates, K., F., Czobor, P., Rabinowitz, S., Lindenmayer, J.-P. & Volavka, J. (2004). **Course of patients with histories of aggression and crime after discharge from a cognitive-behavioral program.** *Psychiatric Services.* 55(6). 654–659.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.6.654>
- Lamsma, J., & Harte, J., M. (2015). **Violence in psychosis : Conceptualizing its causal relationship with risk factor.** *Aggress Violence Behavior.* 24.75-82.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.003>
- Lejoyeux, M., Nivoli, F., Basqin, A., Petit, A. & Chavin, F. (2013). **An investigation of factor increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenia patients.** *Forensic psychiatry.* 97(4).1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00097>
- Marth, L., C. (2000). **Understanding and Treating Violence Psychiatric patients.** Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Mei, C., H. & Wen, C., O. (2021). **Effective of Integrate Violence intervention on Alexithymia, Cognitive and Neurocognitive features of Violence in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial.** *Brain Sciences.* 11(7), 837-856.
<https://doi.org/10.3390/brainsci11070837>
- Monahan, J., Steadman, H., J., Robbins, P., K., Appelbaum, P., Banks, S., et, al. (2005). **An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorder.** *Psychiatric services.* 56(7). 810-815. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.7.810>.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). **Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management**. Available from April 8th, 2014, from <http://guidance.nice.org.uk/CG178/NICEGuidance/Pdf/English>.
- National Institute of Mental Health. (2019). **Schizophrenia**. Available from December 12, 2019 from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>.
- Novaco, R., W. (1975). **Anger control : The development and evaluation of an experimental**. Lexington, Mass : D.C. Health and company.
- Novaco, R., W. (2020). **Anger treatment with violent offenders**. In J. S. Wormith, L. A. Craig, & T. E. Hogue (Eds.), *The Wiley handbook of what works in violence risk management: Theory, research, and practice* (pp. 385–397). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119315933.ch19>
- Overall, J., E. & Gorham, D., R. (1962). **Brief Psychiatric Rating Scale**. *Psychological Reports*. 10.799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Pachi, A., Tselebis, A., Ilias, Tsomaka, E., Styliani Maria Papageorgiou, S., M., et., Al. (2022). **Aggression, Alexithymia and Sense of Coherence in a Sample of Schizophrenic Outpatients**. *Healthcar*. 2(10).1006-1078. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061078> Corpus ID: 249590279
- Painter, J., M., Stellar, J., E., Moran, E., K. & Kring, A., K., (2019). **A multi-component approach toward understanding emotion regulation in schizophrenia**. *The Journal of Clinical Psychology*. 75(1).178-189. <https://doi.org/10.1002/jclp.22698>.
- Paul Moran, P., & Hodgins, S. (2004). **The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia**. *Schizophrenia Bulletin*. 30(4).791-802. <https://doi.org/10.1093/oxford journals.schbul.a007132>.
- Polat, H., & Karakas, S. A. (2021). **The effect of acceptance and commitment therapy orientated anger management training on anger ruminations and impulsivity levels in forensic psychiatric patients: A randomized controlled trial**. *Perspect Psychiatr Care*. 57(4). 1616-1627. <https://doi.org/10.1111/ppc.12726>.
- Polit, D.F., & Beck, C., T. (2022). **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice** (10th ed). Wolters Kluwer Health.
- Sandock, B., & Sandock, A., V. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry**. Philadelphia.
- Serper, M., R. (2011). **Aggression in Schizophrenia**. *Schizophrenia Bulletin*. 37(5).897-898.
- Spielberger, C.D. (1996). **Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI)**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Swanson, J., W. (1990). **Mental disorder , substance abuse, and community violence : an epidemiological approach** “in *Violence and Mental Disorder : Development in Risk Assessment*.

- Swartz, M., S., Swanson, J., W., Hiday, V., A., Borum, R., Wagner, H., R., & Burns, B., J. (1998). **Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication.** *The American Journal of Psychiatry*. 155(2). 226–231.
- Tahirianfard, M., & Shariaty, M. (2004). **Evaluation of steroid hormones in schizophrenia patients.** *Indian Journal Med Science*. 58(1).3-9.
- Taylor, J., L., & Novaco, R., W. (2023). **Cognitive behavioural anger treatment for adults with intellectual disabilities: Effects of therapist experience on outcome.** *Behavioural and CognitivePsychotherapy*. 51.533–542.
<https://doi.org/10.1017/S1352465823000061>
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). **Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland Birth Cohort.** *The American Journal of Psychiatry*. 154(6). 840–845. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.840>
- Ullrich, S., Keers, R., & Coid, J., W. (2014). **Delusions, Anger and Serious Violence: a new finding from the Mac Arthur violence risk assessment study.** *Schizophrenia Bulletin*. 40(5). 1174-1181. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt126>. Epub 2013 Sep 18.
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). **Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International.** *Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 47(3), 487–503.
<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0356-x>
- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R., & Deb, K., S. (2016). **Violence and mental illness.** *Journal Epidemiol Community Health*. 70(3). 223-225.
<https://doi.org/10.1136/jech-2015-205546>. Epub 2015 Aug 28.
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen. S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). **Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature.** *PLOS One*. 16(10).258-346.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>.
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). **Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies.** *PLoS One*. 8(2).e55942.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- World Health Organization [WHO]. (2022). **Difinition and Typoloy of violence.** World health organization: Geneva,Swtzerland. Available from:<http://who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>(accessed on 17 Deccember 2022)

- Wu, Y., Kang, R., Yan, Y., Gao, K. & Li, Z. (2018). **Epidemiology of schizophrenia and risk factors of schizophrenia-associated aggression from 2011 to 2015.** *Journal of International Medical Research*, 46(10) .4039-4049. <https://doi.org/10.1177/0300060518786634>.
- 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. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.1.35>
- Zarshenas, L., Baneshi,M., Sharif, F., & Sarani, E., M. (2017). **Anger management in substance abuse based on cognitive behavioural therapy: an interventional study.** *BMC Psychiatry*. 17. 375. 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1511-z>
- Zou, H., Li, Z., Nolan, M., T., Arthur, D., & Wang, H. (2013). **Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis.** *International Journal of Mental Health Nursing*. 22(3).256-271. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
หนังสือรับรองจริยธรรม

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

เลขที่หนังสือรับรอง	เลขที่ 010/2566		
ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง : The Effect of Anger Management Base on Emphasizing Cognitive Therapy Program on Aggressive Behavior of Schizophrenia Patients		
รหัสโครงการวิจัย	: KKPH.REC007/2566Bs_Ful		
ผู้วิจัยหลัก	: นางเพชรรัตน์ มหิทธิพิศาล และคณะ		
สังกัดหน่วยงาน	: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-		
ประเภทการทบทวน	: การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full board review)		
เอกสารที่รับรอง	:		
1. โครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 20 กรกฎาคม 2566		
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 20 กรกฎาคม 2566		
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 20 กรกฎาคม 2566		
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 23 มิถุนายน 2566		
5. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 20 กรกฎาคม 2566		
วัน 27 เดือน กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2566 ที่รับรอง	วัน 26 เดือน กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2567 ที่หมดอายุการรับรอง		
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก.....12.....เดือน			
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการ ให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)			
ลงนาม.......... (นายณสมพล หาญดี) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์			
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)			

ภาคผนวก ข.

หนังสือเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ



บันทึกข้อความ

สว.รชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๔๔๔๔ โทรสาร ๐ ๔๓๒๐ ๔๗๒๒

ที่ สว.รชการ ๒๑

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

ตามที่ นางเพชรรัตน์ มหิทธิไพศาล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการประเมินเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานทางวิชาการเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ จำนวน ๑ เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

อ.พ

(นายธณินทร์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๔๙๙๙ โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๙๒๒

ที่ สธ.๐ผส๕.๘/๒๕

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตามที่ นางเพชรรัชต์ มหิตต์ไพศาล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการประเมินเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานทางวิชาการเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ จำนวน ๑ เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

8.~

(นายธณินทร์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ภาคผนวก ค.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1	ดร.อัศรเดช กลิ่นพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิต เวช มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2	ดร.ดร.วีรติ พงษ์ทิพย์วัฒน์	พยาบาลชำนาญการพิเศษ อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
3	พญ.นันทน์ภัส สุขสวานนท์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารแสดงข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้สนับสนุนการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางเพชรรัตน์ มหิตต์ไพศาล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยชายชังโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63401 มือถือ 089-7113788

ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นายกริชนรินทร์ นาคบุตร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยชายฝ้ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63403 มือถือ 089-7112547

ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยชายชังโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63401 มือถือ 094-4694929

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิต ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินสมรรถภาพทางสมอง และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด จำนวน 9 ครั้ง สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ใช้เวลา 3 สัปดาห์ หรืออาจไม่ถึง 3 สัปดาห์ จะมีประเมินการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน โดยจะประเมินเมื่อท่านมาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก กรณีที่ท่านไม่สะดวกมาพบแพทย์และรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และต้องการรับยาที่บ้าน ผู้วิจัยขออนุญาตสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงทางจิตใจ ท่านอาจมีความวิตกกังวล รู้สึกเครียดไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการสัมภาษณ์ การตอบคำถามเรื่องราวต่างๆที่เป็นเรื่องส่วนตัว หรือขณะเข้ากลุ่มบำบัด การพูดคุยอาจมีการพูดถึงความคับข้องใจที่เป็นสาเหตุของการเกิดความโกรธหรือเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ท่านไม่สบายใจ วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถให้การประคับประคองด้านจิตใจได้ หรือจะจัดการความเสี่ยงที่อาจได้รับทางจิตใจหลังการเข้ากลุ่มบำบัดทุกครั้ง ถ้าความไม่สบายใจคงอยู่ จะขอความช่วยเหลือจากหัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย รวมทั้งแพทย์เจ้าของไข้ ทั้งในระยะหลังการบำบัดทันทีและระยะติดตามผล หากท่านมีความเสี่ยงสูง ต่อการฆ่าตัวตาย เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้วิจัยจะทำการช่วยเหลือท่านด้วยการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น การพูดคุยระบายความรู้สึก การให้คำปรึกษา และแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและเกิดความปลอดภัย

ความเสี่ยงด้านร่างกาย ระหว่างดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด อาจเกิดความเหนื่อยล้า ไม่สุขสบายหรืออ่อนเพลีย ซึ่งผู้วิจัยจะทำการประเมินท่านว่า มีความผิดปกติหรือไม่ ดูแลให้ท่านได้หยุดพัก ดื่มน้ำ ล้างหน้าให้ดูสดชื่น ผ่อนคลาย และเมื่อหายเหนื่อยหรือสีหน้าสดชื่นขึ้น จึงเข้าสู่กระบวนการบำบัดอีกรอบ

ประโยชน์ที่อาจได้รับ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมนี้และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด ท่านจะมีความรู้เรื่องความโกรธ เข้าใจสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และวิธีการปรับความคิด ฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น สามารถรับมือกับปัญหาที่ปัญหานั้นได้ มีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้หลากหลายวิธี สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำและท่านอาจนำความรู้ไปเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยการช่วยเหลือผู้อื่น

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรายอื่นๆ ที่มีปัญหาล้านคลึงกับท่าน มีคู่มือในการดูแลและใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้หรือช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นๆ

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษา

อื่น ๆ หลายแบบ สำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้น จึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากคุณรู้สึกไม่สบายใจ ลำบากใจ หรือมีความรู้สึกอื่นๆ ที่ทำให้ท่านวิตกกังวล ขอให้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อให้ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือ

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางเพชรรัชต์ มหิตต์ไพศาล (หัวหน้าทีมวิจัย) เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63401 มือถือ 089-711-3788 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่าน ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตึกอสังหาฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น โทร 043-209999 ต่อ 63538 ในเวลาราชการ เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความเป็นอยู่ที่ดีของท่าน ได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับสากล

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆที่ต้องรับผิดชอบ

- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

- ผู้วิจัยอาจถอนท่านออกจากการโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้วิจัยยุติการดำเนินโครงการวิจัย หรือกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

- ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้ แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกสิทธิ์ดังกล่าวนี้ ท่านสามารถแจ้งยกเลิกการให้คำยินยอมโดยแจ้งไปที่นางเพชรรัชต์ มหิตต์ไพศาล (หัวหน้าทีมวิจัย) เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63401 มือถือ 089-711-3788

- หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการวิจัยได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดของคุณที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น โทร 043-209999 ต่อ 63538 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก จ.
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent)

**การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย
 จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง**

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้

อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ
 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
 พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความ
 เสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และ
 แนวทางรักษา โดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความ
 เข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใดๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม
 จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและจะได้รับเงินชดเชยจากผู้วิจัย
 โดยได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จนอาการเป็นปกติ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมใน
 โครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการ
 รักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
 ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบ
 และประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
 เท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทาง
 การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
 โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
 จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การ
 ตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทาง
 การแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ฉ.

ใบประกาศการผ่านการอบรมออนไลน์หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคน

MRNGCP2023-SPPH-U002



MedResNet

Certificate of Attendance

PETCHARAT MAHAKITPISAN

has successfully completed

"Good Clinical Practice: ICH GCP E6 (R2) "

The course included the following topics:

- + Module 1 Introduction Good Clinical Practice: ICH GCP E6 (R2)
- + Module 2 Responsibilities of sponsor and investigator
- + Module 3 Responsibilities of Institutional Review Board (IRB)/Independent Ethics Committee (IEC)
- + Module 4 Protocol or Clinical investigation plan, protocol amendment and protocol compliance
- + Module 5 Informed consent process
- + Module 6 Enhancing subject recruitment, subject compliance and subject retention
- + Module 7 Safety reporting
- + Module 8 Data record and data quality management
- + Module 9 Handling of Investigational products or handling of investigational social/behavioral interventions
- + Module 10 Quality management in clinical researches

During 1-2 February 2023 at Somdech Phra Pinklao Hospital and Webinar



Pravich Tanyasittisuntorn, M.D.
Director of Medical Research Network,
Medical Research Foundation

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1 = ไม่มีอาการ

2 = มีอาการเล็กน้อยบางครั้ง

3 = มีอาการเล็กน้อย

4 = อาการปานกลาง

5 = อาการค่อนข้างรุนแรง

6 = อาการรุนแรง

7 = อาการรุนแรงมาก

--	--	--	--

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึก.....	1	2	3	4	5	6	7
1.ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3.การแยกตัว (Emotional Withdrawal) - การแยกตัวทางอารมณ์							
4.ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5.ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling) - รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6.ความตึงเครียด (Tension)							
7.ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)							
8.ความคิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ (Grandiosity) - ทำที่หยิ่งยโส ยึดความเห็นของตนเองเป็นส่วนใหญ่เก่งผิดปกติจากคนอื่น							
9.อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood) - รู้สึกเศร้าเสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10.ไม่เป็นมิตร (Hostility) - ความรู้สึกและท่าที่ไม่เป็นมิตร							
11.ระแวง (Suspiciousness) - รู้สึกระแวงคิดว่ามีผู้ประสังศร้ายต่อตน							
ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึก.....	1	2	3	4	5	6	7
12.อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์)							

13.การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation) - การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14.การไม่ร่วมมือในการดูแลรักษา (Uncooperativeness) - ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15.เนื้อหาความคิดผิดปกติ หลงผิด (Unusual Thought content) - ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16.การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก							
17.อาการกระวนกระวาย (Excitement) - ท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18.ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation) - สับสนต่อเวลา สถานที่ บุคคล							

ความหมายของคะแนน

คะแนนรวม.....คะแนน

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยบอก

ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

--	--	--	--

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS)

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านในแต่ละข้อ

พฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละด้าน 4 ด้าน		คะแนนความรุนแรง	คะแนนที่ได้
ด้านก้าวร้าวทางคำพูด	ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ	1	
	แผดเสียงต่ำ สบประมาท	2	
	ด่าใช้คำพูดหยาบคาย รุนแรง สกปรก คุกคามผู้อื่นหรือตนเอง	3	
	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน	4	
ด้านก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	กระแทกประตูเสียงดัง ฉีกทิ้งเสื้อผ้า ทำข้าวของกระจาย	2	
	ขว้างปาข้าวของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์	3	
	ทุบสิ่งของแตก ทุบหน้าต่าง	4	
	จุดไฟเผาสิ่งของ ขว้างสิ่งของที่อันตราย	5	
ด้านก้าวร้าวต่อตนเอง	ใช้อุปกรณ์ขีดข่วนร่างกายตัวเอง	3	
	ทุบตีหัวตนเอง ใช้มือทุบลงบนสิ่งของ	4	
	ใช้อุปกรณ์กรีดร่างกายตนเองเล็กน้อย มีรอยขีด	5	
	พยายามทำร้ายตนเอง บาดแผลลึก มีเลือดออก หมดสติ ร่างกายสูญเสียอวัยวะ	6	
ด้านก้าวร้าวต่อผู้อื่น	ทำทางกำมือแน่น ตาขวาง	3	
	ทุบตี ชกต่อย เตะ ทำร้ายผู้อื่น	4	
	ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บมีรอยขีดตามตัว	5	
	ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง หมดสติ เลือดไหลไม่หยุด	6	

คะแนนรวม.....คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลผลระดับความก้าวร้าวรุนแรง จะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าคะแนนเดียวเท่านั้น และระดับคะแนนความรุนแรงที่ประเมินได้ มีความหมายดังนี้

ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

0 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1-7 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย

8-15 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง

16-21 คะแนน มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

--	--	--	--

แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้เพื่อใช้ประเมินส่วนทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิด ความจำ และเชาว์ปัญญาของท่าน เพื่อพิจารณาถึงความสามารถในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์ “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

1.Orientation for time (5 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

.....

1.2 วันนี้วันอะไร

.....

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร

.....

1.4 ปีนี้ปีอะไร

.....

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

.....

2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไรและชื่อว่าอะไร

.....

2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร

.....

2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ เขตอะไร

.....

2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร

.....

2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

.....

3. Registration (3คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีๆ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ (ตา,ยาย,...) พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อแล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็น การคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบผิดคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2, หรือ 3 แล้ว ตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า “มะนาว” ให้คุณ(ตา,ยาย,...) ฟังแล้วให้คุณ(ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาว สะกดว่า มอม้า-สระ-อะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ” ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

6.2 ชี้นำฟีกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) พูดตาม
ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” “ใครใคร่ขายไข่ไก่”

.....

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย,...) อ่าน แล้วทำตามคุณ (ตา,ยาย,...)

จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ถูกทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “กลับตา” ☐ กลับตาได้

10. Writing (1 คะแนน)

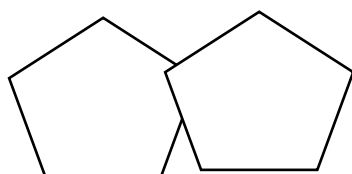
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

หรือมีความหมายมา 1 ประโยค ประโยคที่มีความหมาย

11. Visio construction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง ”

(ในช่องว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนเต็ม 30 คะแนน	คะแนนรวมที่ได้.....คะแนน
ผ่านเกณฑ์ประเมิน คือ	
-ไม่ได้เรียนหนังสือ	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน
-เรียนระดับประถมศึกษา	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน
-เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

แบบวัดการแสดงความรู้สึกโกรธ

--	--	--	--

คำชี้แจง : แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ ซึ่งทุก ๆ คนจะมีความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจได้เป็นครั้งคราวและจะแสดงออกมาแตกต่างกัน ประโยคข้างล่างนี้เป็นประโยคที่ใช้บรรยายปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อรู้สึกโกรธ ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำถามที่ตรงกับตัวท่านตามลำดับความมาก น้อย เพื่อบอกให้ทราบว่า โดยปกติแล้วท่านมีปฏิกิริยาหรือแสดงออกในรูปแบบที่ประโยคด้านล่างบรรยายไว้บ่อยเพียงใดเมื่อท่านรู้สึกโกรธ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

เมื่อรู้สึกโกรธ.....	เกือบจะไม่มีเลย	มีบ้าง	บ่อยครั้ง	เกือบเสมอ ๆ หรือเป็นประจำ
1.ฉันแสดงความรู้สึกโกรธออกมา				
2.ฉันพูดจากระแทกกระแทกแดกดันใส่ผู้อื่น				
3.ฉันแสดงอาการปึงปึง เช่น กระแทกประตู				
4.ฉันโต้เถียงกับคนอื่น				
5.ฉันโต้ตอบอย่างรุนแรงต่อสิ่งที่ทำให้ฉันโกรธไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม				
6.ฉันพูดจาหยาบคายหรือทำร้ายจิตใจผู้อื่น				
7.ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้				
8.ฉันจ้องมองคนที่ทำให้โกรธอย่างไม่พอใจ				

ผลรวมคะแนน.....

คำตอบเป็น 4 ระดับ คือ

1 = เกือบจะ ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน 2 = มีบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

3 = เกิดบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน 4 = เกือบเสมอหรือเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน

การแปลผล ผลรวมคะแนนจากข้อความที่วัดการแสดงออกของความโกรธออกมาภายนอก (anger-out) คะแนนเต็ม 32 คะแนน ถ้าคะแนนรวม 16 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าบุคคลนั้นมีการแสดงความรู้สึกโกรธออกมาภายนอก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

--	--	--	--

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ โดยท่านเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง ท่านมีสิทธิ์จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบใดๆ ต่อสิทธิ์ที่ท่านจะได้รับ

1.อายุ.....ปี

2.สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด

☐ 2) สมรสคู่

☐ 3) แยกกันอยู่

☐ 4) หย่าร้างกัน

☐ 5) หม้าย

3.นับถือศาสนา

☐ 1) พุทธ

☐ 2) คริสต์

☐ 3) อิสลาม

☐ 4) อื่น ๆ ระบุ.....

4.ระดับการศึกษา

☐ 1) ไม่ได้รับการศึกษา

☐ 2) ประถมศึกษา

☐ 3) มัธยมตอนต้น

☐ 4) มัธยมตอนปลาย

☐ 5) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

☐ 6) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ 7) สูงกว่าปริญญาตรี

5.อาชีพ

☐ 1) เกษตรกรรม

☐ 2) ค้าขาย

☐ 3) รับจ้างทั่วไป

☐ 4) ทำงานพ่อบ้านหรือแม่บ้าน

☐ 5) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ 6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน

☐ 7) นักเรียน/นักศึกษา

☐ 8) อื่น ๆ ระบุ.....

6.รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

☐ 1) น้อยกว่า 10,000 บาท

☐ 2) 10,000-15,000 บาท

☐ 3) 15,001-20,000 บาท

☐ 4) มากกว่า 20,000 บาท

7.ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต.....ปี

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS)

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านในแต่ละข้อ

พฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละด้าน 4 ด้าน		คะแนนความรุนแรง	คะแนนที่ได้
ด้านก้าวร้าวทางคำพูด	ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ	1	
	แผดเสียงด่า สบประมาท	2	
	ด่าใช้คำพูดหยาบคาย รุนแรง สกปรก คุกคามผู้อื่น หรือตนเอง	3	
	พูดชมเชยว่าจะทำร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน	4	
ด้านก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	กระแทกประตูเสียงดัง ฉีกทิ้งเสื้อผ้า ทำข้าวของกระจาย	2	
	ขว้างปาข้าวของลงพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์	3	
	ทุบสิ่งของแตก ทุบหน้าต่าง	4	
	จุดไฟเผาสิ่งของ ขว้างสิ่งของที่อันตราย	5	
ด้านก้าวร้าวต่อตนเอง	ใช้อุปกรณ์ขีดข่วนร่างกายตัวเอง	3	
	ทุบตีหัวตนเอง ใช้มือทุบลงบนสิ่งของ	4	
	ใช้อุปกรณ์กรีดร่างกายตนเองเล็กน้อย มีรอยขีด	5	
	พยายามทำร้ายตนเอง บาดแผลลึก มีเลือดออกหมดสติ ร่างกายสูญเสียอวัยวะ	6	
ด้านก้าวร้าวต่อผู้อื่น	ทำทางกำมือแน่น ตาขวาง	3	
	ทุบตี ชกต่อย เตะ ทำร้ายผู้อื่น	4	
	ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บมีรอยขีดตามตัว	5	
	ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง หมดสติ เลือดไหลไม่หยุด	6	

คะแนนรวม.....คะแนน

การแปลผลคะแนน

การแปลผลระดับความก้าวร้าวรุนแรง จะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงค่าคะแนนเดียวเท่านั้น และระดับคะแนนความรุนแรงที่ประเมินได้ มีความหมายดังนี้

ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

- | | |
|-------------|---------------------------------|
| 0 คะแนน | ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว |
| 1-7 คะแนน | มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย |
| 8-15 คะแนน | มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง |
| 16-21 คะแนน | มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง |

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้บำบัดนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดให้รู้จักคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง ยอมรับผู้อื่น เกิดความร่วมมือและร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม
3. ทราบถึงความหมายของอารมณ์ ความหมายของความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว
4. ทราบถึงกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ
5. ทราบถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธและทราบถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดเกิดอารมณ์โกรธ
6. ทราบถึงอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ
7. ทราบถึงสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ ความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้รับการบำบัด

1. มีสัมพันธภาพที่ดีเกิดความไว้วางใจผู้บำบัด ให้ความร่วมมือเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัด
2. สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม
3. สามารถบอกถึงความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวได้
4. สามารถบอกถึงกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ
5. สามารถอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธได้และความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดเกิดอารมณ์โกรธได้
6. สามารถบอกถึงอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ
7. สามารถบอกถึงสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ วิเคราะห์และระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด และช่วยให้ผู้รับการบำบัดยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้บำบัดเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดเกิดอารมณ์โกรธเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธและสร้างความตระหนักรู้ความโกรธเข้าใจรูปแบบความคิด ความสัมพันธ์ของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ และเข้าใจรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์โกรธ และสรีระ ให้ความรู้เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในได้ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ก็จะได้ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ ในขั้นนี้ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่มากระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ โดยให้ระบุสถานการณ์ที่เฉพาะนั้น ระบุมุมมองอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธและความเชื่อที่มีผลต่อความคิด ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการปรับความคิด และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือผู้รับการบำบัด โดยการสร้างสัมพันธภาพนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกและนำสู่การเข้าใจ ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการรู้คิด อารมณ์พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธและอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดในครั้งต่อไป

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกโดยเริ่มจากผู้บำบัด“กล่าวทักทาย แนะนำตัวเองของผู้บำบัด ผู้บำบัดใช้การแสดงออกทางอารมณ์ สีหน้าที่แสดงถึงความจริงใจ ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการยอมรับของผู้รับการบำบัด” โดยเน้นการทำความเข้าใจสร้างความคุ้นเคยแบบใกล้ชิด ผู้บำบัดใช้คำแทนตนเองว่า “ผู้นำกลุ่ม” แทนคำว่าพยาบาล และใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่าผู้ป่วย เพื่อให้ผู้บำบัดสามารถสร้างสายสัมพันธ์ผ่านการสนทนา และภาษากาย
2. สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองและสร้างความคุ้นเคยภายในกลุ่ม ให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม โดยให้ข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมา พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพ นุ่มนวล เป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟังสมาชิกอย่างทั่วถึง ไม่ทอดทิ้งผู้รับการบำบัดคนใดคนหนึ่ง ในกลุ่มและสร้างความเชื่อมั่นและสร้างแรงจูงใจในการบำบัด และทราบประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดเห็นศักยภาพและสามารถ ดึงเอาศักยภาพของผู้รับการบำบัดมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจการบำบัดแบบกลุ่ม รวมทั้งทักษะต่างๆที่ต้องใช้ในการเข้าร่วมกลุ่ม เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม
3. ทำความรู้จักและความคุ้นเคยกันและมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึงในกลุ่ม โดยให้ผู้รับการบำบัดคนแรกแนะนำตัวกล่าวสวัสดิ์แล้วแนะนำบอก ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น จากนั้นให้ถามเพื่อนสมาชิกคนถัดไปเรื่อยๆ จนครบทุกคน
4. ผู้บำบัดกล่าวสรุปถึงกิจกรรมการสร้างความคุ้นเคยกันในกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักกัน ทุกคนคือเพื่อนกัน มีความรักความปรารถนาดีต่อกันและกัน และจะคอยดูแลกันตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และตลอดไป
5. ผู้บำบัดอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การรู้จักความหมายของอารมณ์ ความหมายของความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว การรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลาประมาณ 90 นาที และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการฝึกให้สมาชิกเข้าใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม อธิบายกติกากลุ่มและบทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิก จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมแสดงความคิดเห็น

1. กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

1) ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการรู้จักความโกรธ โดยผู้บำบัดเริ่มจากการให้ผู้รับการบำบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 1 เรื่องการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นผู้บำบัดซักถามผู้รับการบำบัดว่า ใครเคยมีความโกรธบ้างหรือที่ผ่านมามีความรู้สึกโกรธบ้างไหม มีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่เกิดขึ้นที่ทำให้เราโกรธ คุณรู้สึกหรือคิดอย่างไรต่อสถานการณ์นั้น เมื่อคุณเกิดความโกรธคุณมีพฤติกรรมหรือคุณแสดงออกอย่างไร

2) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดแต่ละคนได้บอกเล่าประสบการณ์ความโกรธให้ครบทุกคนพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพ นุ่มนวล เป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟังผู้รับการบำบัดอย่างทั่วถึง ไม่ทอดทิ้งผู้รับการบำบัดคนใดคนหนึ่งในกลุ่ม จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเมื่อผู้รับการบำบัดแต่ละคนพูดจบและเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามหรือแสดงความคิดเห็น โดยให้ผู้รับการบำบัดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเริ่มที่ละขั้นตอนตั้งแต่บอกเล่าประสบการณ์ความโกรธเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่เกิดขึ้นที่ทำให้เราโกรธ คุณ

รู้สึกหรือคิดอย่างไรต่อสถานการณ์นั้น เมื่อคุณเกิดความโกรธคุณมีพฤติกรรมหรือคุณแสดงออกอย่างไรตามลำดับ

3) ผู้บำบัดให้ข้อมูลกับผู้รับการบำบัดถึงขั้นตอนของการฝึกในขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิด จำเป็นจะต้องมีสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เพื่อใช้ประกอบการฝึกจึงอยากจะขออนุญาตใช้สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธของผู้รับการบำบัด ที่บอกเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟัง จากนั้นจึงให้โหวตมา 4 สถานการณ์เพื่อใช้ในการฝึกในขั้นต่อไป (สถานการณ์ที่ได้รับการโหวตต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของสถานการณ์ด้วย)

4) ผู้บำบัดช่วยสรุปความหมายของความโกรธให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2. กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ

1) ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ โดยผู้บำบัดเริ่มจากการให้ผู้รับการบำบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 2 เรื่องการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ

2) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดแต่ละคนได้บอกเล่าสาเหตุของการเกิดความโกรธของตนเองให้ครบทุกคน พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล เป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟังผู้รับการบำบัดอย่างทั่วถึง ไม่ทอดทิ้งผู้รับการบำบัดคนใดคนหนึ่งในกลุ่ม จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเมื่อผู้รับการบำบัดแต่ละคนพูดจบ และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามหรือแสดงความคิดเห็น โดยให้ผู้รับการบำบัดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3) ผู้บำบัดช่วยสรุปกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

3. กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

1) ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ โดยผู้บำบัดเริ่มจากการให้ผู้รับการบำบัดอ่านและทำความเข้าใจ ใบความรู้ที่ 3 เรื่องความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

2) ผู้บำบัดอธิบายเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ จากการตอบสนองต่อความโกรธเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบของการคิด (Cognitive Model) กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธ สร้างความตระหนักรู้ความโกรธและเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

3) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ จากนั้นผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ ตามใบความรู้ที่ 3 จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดระบุสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลทำให้เกิดความโกรธจนให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ นั้น ระบุอารมณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกโดยผู้บำบัดต้องช่วยสรุปพฤติกรรมที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกในขณะนั้น ให้ผู้รับการ

บำบัดรับรู้และเข้าใจว่าเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวและช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระลึกถึงอารมณ์โกรธของตนเองผ่านทางสัญญาณทางกายต่างๆ

4) ผู้บำบัดช่วยสรุปความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

4. กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

1) ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ (Underlying emotion) ผู้บำบัดให้สุขภาพจิตศึกษาตามใบความรู้ที่ 4 เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ (ใบความรู้ที่ 4 การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เช่น ความรู้สึกละอาย ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกที่ว่าตนเองถูกละเมิดสิทธิ ความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ มีประโยชน์ช่วยในการยุติความโกรธและทำให้สามารถจัดการกับความโกรธที่ซ่อนอยู่ได้ดี) จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ จากนั้นผู้บำบัดชวนให้ผู้รับการบำบัดค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

3) ผู้บำบัดช่วยสรุปความรู้เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

4) ผู้บำบัดกล่าวสรุปถึงกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกต่อกิจกรรม ผู้บำบัดให้กำลังใจและความเชื่อมั่นว่าผู้รับการบำบัดทุกคนจะสามารถผ่านการบำบัดไปด้วยพลังและศักยภาพของกลุ่ม มอบหมายการบ้านและนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องการรู้จักความหมายของความโกรธ
2. ใบความรู้ที่ 2 เรื่องการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ
3. ใบความรู้ที่ 3 เรื่องความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ
3. ใบความรู้ที่ 4 เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ
4. ใบงานที่ 1 : เรื่องเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ
5. ใบงานที่ 2 : เรื่องความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์
6. ฟิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์ปัญหา กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธและอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ
3. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ ระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ
4. ประเมินจากการตอบคำถามตามใบความรู้และใบงานที่ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำ

กิจกรรมที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (skill acquisition)

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. ทราบถึงสัญญาณเตือนของความโกรธผลกระทบจากการแสดงความโกรธและยอมรับความโกรธ
2. ตระหนักรู้ถึงความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหาเกิดความต้องการที่จะปรับความคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับความคิด
3. ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการปรับความคิด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. บอกถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ สัญญาณเตือนการเกิดความโกรธและยอมรับความโกรธ
2. เกิดความตระหนักรู้และแสดงออก โดยการพูดถึงความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหาเกิดความต้องการที่จะปรับความคิด เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับความคิด
3. สามารถบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับการปรับความคิด

สาระสำคัญ

ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนจากความโกรธ เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่ากำลังมีความโกรธด้วยการสังเกตปฏิกิริยาทางกายแรก เริ่มเมื่อเกิดความโกรธ จะทำให้รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง เป็นการจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้รับการบำบัดจะได้รับการสอนให้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธ ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของความโกรธ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ และช่วยให้การบำบัดได้ผลดี (Jones & Hollin, 2004) การสร้างความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาที่ ผู้รับการบำบัดแสดงออก ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ทำกิจกรรมเปิดใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธในอดีต โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรม “คุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่” เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนตัวเองในอดีตว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้าง ที่แสดงออกอันเป็น

ต้นเหตุมาจากความโกรธ ช่วยให้เกิดการยอมรับในความโกรธของตนเองและอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่า ความโกรธเป็นอารมณ์ธรรมชาติของมนุษย์ปกติทั่วไป เพื่อไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ชวนให้มองว่าเป็นเรื่องปกติแต่หากขาดการควบคุมและไม่รู้จักที่จะจัดการกับอารมณ์โกรธและหาวิธีป้องกันอย่างถูกวิธี ก็จะทำให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดเองและเกิดปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัญหาในที่ทำงาน และอื่นๆอีกมากมายที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการสร้างความความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหา (Responsibility for management of anger) จากนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการทำท่ายผู้รับการบำบัดให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากผู้ที่ถูกความโกรธครอบงำมาเป็นผู้ควบคุมและจัดการความโกรธให้ได้ อย่าให้ความโกรธเป็นผู้ที่มาควบคุมและจัดการเรา เพื่อความสงบสุขในชีวิตและสังคม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม
2. ผู้บำบัดทบทวนความรู้ที่ให้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อน ทบทวนการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ในครั้งก่อน จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดกล่าวถึงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งก่อน เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น
3. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ การตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธการยอมรับความโกรธ การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นตอน ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 60 - 90 นาที

1. กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ

1) ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่ากำลังมีความโกรธ ด้วยการสังเกตสัญญาณทางกาย เริ่มแรกเมื่อเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน ช่วยให้รู้เท่าทันอารมณ์ที่เกิดขึ้นแล้วของตนเอง โดยให้สมาชิกนั่งหลับตาทำสมาธิและจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธจนไม่สามารถควบคุมได้ จากนั้นผู้บำบัดซักถามถึงปฏิกิริยาทางกายหรือสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้น เช่น ขณะนั้นคุณมีอาการสั่น เหงื่อออก หายใจถี่ ใจเต้นเร็ว เกร็ง การขบกราม ปวดต้นคอ ปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน ใบหน้าแดง ใบหูแดง เป็นต้น ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

2) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 5 เรื่องการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ เป็นการช่วยให้สมาชิกรับรู้หรือรู้เท่าทันตนเองว่ากำลังมีอารมณ์โกรธด้วยการสังเกตสัญญาณทางกายตั้งแต่แรกเริ่มเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน เช่นมีอาการสั่น เหงื่อออก หายใจถี่ ใจเต้นเร็ว เกร็ง การขบกราม ปวดต้นคอ ปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน ใบหน้าแดง ใบหูแดง สมาชิกจะได้รับรู้สัญญาณเตือนทางกายเรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนเหล่านี้ในการตัดสินใจตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อจัดการความโกรธ ก่อนที่อาการจะรุนแรงจนไม่สามารถจัดการได้ จนแสดงเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

3) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันอภิปรายกลุ่ม (Discussion groups) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยผู้บำบัดจะพยายามชวนให้สมาชิกสำรวจและพูดถึงการรับรู้ถึงปฏิกิริยาทางกายหรือสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกโกรธ

2. กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ

1) ผู้บำบัดนำเข้าสู่กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดความโกรธและควบคุมตนเองไม่ได้ จนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้น

ให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันอภิปรายกลุ่ม (Discussion groups) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันแสดงความคิดเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากความโกรธ

2) ผู้บำบัดสรุปถึงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาและผลกระทบจากการแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม โดยเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมส่วนใหญ่ที่เป็นสาเหตุทำให้ต้องมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เน้นให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสำคัญของการจัดการความโกรธ

3) ผู้บำบัดให้สุขภาพจิตศึกษา ตามใบงานที่ 6 เรื่องผลกระทบจากการแสดงความโกรธ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

3. กิจกรรมการยอมรับความโกรธและการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

1) ผู้บำบัดนำสมาชิกเข้าสู่กิจกรรมการยอมรับความโกรธ สร้างความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ทำกิจกรรมเปิดใจ ให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธในอดีต โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรม “คุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่” เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนตัวเองในอดีตว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่แสดงออกอันเป็นต้นเหตุมาจากความโกรธ ช่วยให้เกิดการยอมรับในความโกรธของตนเอง

2) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำใบงานที่ 3 เรื่องคุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่ ผู้บำบัดใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาตนเองว่าในอดีตหรือก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรม ความรู้สึก ตามที่ผู้บำบัดชวนให้คิดหรือไม่

3) ผู้บำบัดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนจากพฤติกรรม หรือความรู้สึกทั้งหมดที่ตนเองมีว่าสิ่งๆ นั้นคืออะไร และรู้สึกอย่างไรเพื่อสร้างความตระหนักรู้ยอมรับว่าตนเองมีอารมณ์โกรธ และที่สำคัญผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดทุกคนให้เข้าใจว่า ความโกรธเป็นอารมณ์ธรรมชาติของมนุษย์ปกติทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง

4) ผู้บำบัดชวนให้มองว่าการเกิดอารมณ์โกรธเป็นเรื่องปกติ ถ้าขาดการควบคุมและไม่รู้จักการจัดการกับอารมณ์โกรธและหาวิธีป้องกันอย่างถูกวิธี ก็จะทำให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดเองและเกิดปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัญหาในที่ทำงาน และอื่นๆ อีกมากมายที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากนั้นผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำใบงานที่ 4 เรื่องการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธเพื่อเป็นการสร้างความความรู้สึกผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหา (Responsibility for management of anger) จากนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการทำทายให้ผู้รับการบำบัดให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากผู้ที่ถูกความโกรธครอบงำ มาเป็นผู้ควบคุมและจัดการความโกรธให้ได้ อย่าให้ความโกรธเป็นผู้ที่มาควบคุมและจัดการเรา เพื่อความสงบสุขในชีวิตและสังคม

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 เรื่องการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ
2. ใบความรู้ที่ 6 เรื่องผลกระทบจากการแสดงความโกรธ

- 3.ใบงานที่ 3 เรื่องคุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่
- 4.ใบงานที่ 4 เรื่องการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ
- 5.ใบงานที่ 5 เรื่องรับรู้สัญญาณเตือน ผลกระทบจากความโกรธของตนเอง ยอมรับอารมณ์โกรธและรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ
- 6.ฟิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

การประเมินผล

- 1.ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะ และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
- 2.ประเมินจากการวิเคราะห์ปัญหา สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากการแสดงความโกรธและยอมรับความโกรธ
- 3.ประเมินจากการตอบคำถามตามใบความรู้และใบงานที่ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำ
- 4.ประเมินจากความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหาเกิดความต้องการที่จะปรับความคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ ความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับความคิด
- 5.ประเมินจากการตอบคำถามตามใบความรู้และใบงานที่ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำ

กิจกรรมที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกร่วมเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้บำบัดนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. ตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. สามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้
4. เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
5. ได้เรียนรู้และฝึกซ้อมทักษะการฝึกการหายใจ ในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม ผู้รับการบำบัด

1. สามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. สามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. มีความเข้าใจสามารถปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
4. สามารถบอกถึงหลักการปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
5. สามารถฝึกซ้อมทักษะการฝึกการหายใจ ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ผู้บำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัด เกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เซาวนี ล่องชุมพล, 2558 อ้างใน พงษ์ศักดิ์ ผางแก้ว, 2562) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ (Breathing exercises) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่าง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ เมื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดด้วยวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกลงในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้ความรู้สึกละคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2) ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและใช้วิธีการจัดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่เตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับที่ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้กำลังใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3) ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างชัดเจน บอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน และระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

4) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้ร่วมกัน โดยผู้บำบัดอาจจะถามถึงความคาดหวังต่อการบำบัดหรือเมื่อการบำบัดสิ้นสุดคืออะไร จากนั้นผู้บำบัดสรุปเป้าหมายในการบำบัดว่า เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธและสามารถจัดการทางร่างกาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ผู้บำบัดกล่าวให้ความหวังว่าเป้าหมายดังกล่าวที่ตั้งไว้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทุกคนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์สิ่งเร้าในอนาคต การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้รับการบำบัด และจำเป็นต้องมีงานทำเป็นการบ้าน เพื่อผลที่ดีในการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกและให้กำลังใจแก่ผู้รับการบำบัด

5) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธินิ่งหลับตา ทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียด เหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหาโดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วย จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ หลังจากแสดงบทบาทสมมติซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน (ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตาและเชาวนี ล่องซูล, 2558 อ้างใน พญงค์ดี ผางแก้ว , 2562) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะพูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึงรุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจากผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ของตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

2) ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการแสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อน โดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัด เพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จากการบำบัด ปรับเปลี่ยนความคิด

3) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ โกรธ พฤติกรรมและสรีระ โดยใช้หลักง่ายๆคือ “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่และที่ไหน” หรือ “คุณสังเกตเห็นปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นตอนนั้นว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง เช่น คุณมีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ” และช่วยผู้รับการบำบัดระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น

5) ผู้บำบัดสำรวจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เพื่อให้เข้าใจการเกิดอารมณ์โกรธของผู้รับการบำบัดและช่วยสรุปให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง ให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ พฤติกรรมและสรีระ จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เกิดจากลักษณะการคิดของเราต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น หากความคิดนี้ของเราเปลี่ยนไป อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ก็จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้รับการบำบัดทุกท่านอยากปรับเปลี่ยนความคิดของเรา เพื่อให้เราเป็นผู้ที่อารมณ์ดี ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่างกายสรีระของเราก็จะปกติ ไม่ได้รับผลกระทบจากอารมณ์หรือพฤติกรรมของเรา ทุกท่านคิดอย่างไร” ให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตน

6) ผู้บำบัดค้นหาและช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตของผู้รับการบำบัด ซึ่งทำให้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของผู้รับการบำบัดเป็นความโกรธ โดยใช้เทคนิค

การตั้งคำถามแบบSocratic question, Downward arrow techniques Guided discoveryเช่น เรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร หรือคุณเป็นคนอย่างไรเรื่องนี้จึงเกิดขึ้นกับชีวิตคุณ คุณคิดว่าคนอื่นมองคุณเป็นคนอย่างไรตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้น จำได้ไหมว่าขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น คุณคิดต่อตนเองอย่างไร คุณคิดอย่างไรต่อตนเองในเวลาที่เกิดเหตุการณ์นั้น ความคิดแวบแรกที่เกิดขึ้นกับตัวเองเมื่อเกิดเหตุการณ์คือความคิดอะไร คุณคิดว่าคุณเป็นคนอย่างไร คนอื่นๆมักบอกว่าคุณเป็นคนอย่างไร เป็นต้น

7) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ โดยการให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery เช่น เคยมีสักครั้งหรือไม่ที่ความคิดนี้ไม่จริง คนที่รักคุณมากรู้ว่าคุณคิดอย่างนี้ คุณคิดว่าเขาจะบอกคุณว่าอย่างไร คุณลองบอกเหตุผลที่ทำให้คุณเชื่อว่าความคิดนี้เป็นจริง มีอะไรที่คุณมองข้ามหรือไม่ครอบคลุมไปจากความคิดต่อสถานการณ์นั้นหรือไม่ ในขั้นนี้ผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยใช้ การตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (Validity) ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่อย่างไร (Varieties) และให้คิดถึงประโยชน์ของความคิดนั้น หากความคิดนั้นเป็นจริงอยู่บ้าง (Utility) ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วน ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ในกรณีที่ความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การแก้ปัญหา

8) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ ใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ โดยช่วยให้ตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัดและกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) วิธีการนี้ทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้ช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้คิดให้รอบด้าน คิดวิธีการแก้ไขปัญหามากมายวิธีออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดอาจจะช่วยเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางการแก้ไขปัญหามีประโยชน์ ให้ผู้รับการบำบัดลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

9) ผู้บำบัดช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระอีกครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นว่าเมื่อความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นว่าเมื่อความคิดของเขาเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะสร้างความโกรธของผู้รับการบำบัดลดลง

10) ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่าง และรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะสร้างความโกรธของตนเองลดลง

11) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

12) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อตามใบงานที่ 6

4. การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัด เพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 8 เรื่องการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

3) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนนั่งหลับตาและจินตนาการถึงสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ที่มารบกวนให้ตนเองเกิดอารมณ์โกรธ ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกตที่ปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเองและช่วยให้สังเกตได้ง่ายขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสรีระ

4) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่าน โดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5) ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเสมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปเก็บกอดมัน หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เรารับรู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ตั้งแคเรียด ให้เราลองฝึกหายใจเข้าและออกให้ช้าลง หายใจอย่างรู้ตัวทั้งหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้าให้พุดกับตนเองอย่างเบาๆด้วยคำว่า “ผ่อนคลาย” หายใจออกให้พุดกับตนเองอย่างเบาๆด้วยคำว่า “ผ่อนคลาย” และพยายามให้หายใจเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ พร้อมทั้งผ่อนคลายตัวเองไปด้วยอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ อารมณ์โกรธนั้นจะค่อยๆหมดไปเอง ในระหว่างฝึกผู้บำบัดอาจจะชวนให้ผู้รับการบำบัดให้ลองสังเกตดูการหายใจของตนเองว่าในตอนนั้นเป็นอย่างไรบ้าง ในช่วงที่ยังมีอารมณ์โกรธที่รุนแรงอาจจะหายใจติดขัด หรือเหมือนกลั้นหายใจ ผู้บำบัดอาจจะต้องบอกกับผู้รับการบำบัดให้สังเกตตัวเองว่าเวลาที่เรามีอารมณ์โกรธหรือโกรธมากๆ เราจะหายใจติดขัดหรือบางครั้งก็กลั้นหายใจ จะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และทำให้คุณเครียดมากกว่าเดิม ให้คุณลองกลับมาพยายามหายใจตามปกติ 4-5 ครั้ง แล้วลองหายใจเข้าจนท้องพองแล้วกลั้นหายใจไว้นับในใจ 1-10 ชั่วเท่าที่คุณจะทำได้ แล้วจึงหายใจออกช้าๆจนท้องแฟบ ทำอย่างนี้สัก 5-6 รอบ จะช่วยให้คุณหายใจได้ตามปกติ คุณจะรู้สึกผ่อนคลาย” ลองให้ผู้รับการบำบัดได้ลองฝึกไปเรื่อยๆ แล้วสอบถามว่าตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

6) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่าน หลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มีอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

7) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ

8) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการหายใจต่อ

9) นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 7 : การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน และการตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ
2. ใบความรู้ที่ 8 : การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ
3. ใบงานที่ 6 : วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยันและการตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ
4. ใบงานที่ 7 : การจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการฝึกการหายใจ
5. ฟิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ
6. เครื่องเสียง CD รวมชุดการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะ และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ
3. ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ ผู้บำบัดแนะนำได้
4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม
5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการฝึกการหายใจ ในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
6. ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการฝึกการหายใจ และการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกรับเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. สามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. สามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. มีความเข้าใจสามารถปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
4. สามารถบอกถึงหลักการปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่

5. สามารถฝึกซ้อมทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบำบัดให้ฝึกได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม ผู้รับการบำบัด

1. สามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. สามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. มีความเข้าใจสามารถปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
4. สามารถบอกถึงหลักการปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
5. สามารถฝึกซ้อมทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อน โดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน เพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และ เขาวนิ ล่องชูผล, 2558 ; อ้างใน พยุงค์ดี ผางแก้ว, 2562) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้ สอนการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (Body to mind relaxation) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ด้วยการให้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้ความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2) ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 3 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจัดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลสามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3) ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

4) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้อย่างร่วมกัน โดยผู้บำบัดอาจจะถามถึงความคาดหวังต่อการบำบัดหรือเมื่อการบำบัดสิ้นสุดคืออะไร จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเป้าหมายในการบำบัดว่าเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธและสามารถจัดการร่างกาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ผู้บำบัดกล่าวให้ความหวังว่าเป้าหมายดังกล่าวที่ตั้งไว้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทุกคนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์สิ่งเร้าในอนาคต การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้รับการบำบัด และจำเป็นต้องมีงานทำเป็นการบ้าน เพื่อผลที่ดีในการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก ผู้บำบัดให้กำลังใจแก่ผู้รับการบำบัด

5) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธินิ่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหา โดยผู้บำบัดเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วย จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ หลังจากแสดงบทบาทสมมติซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการ

บำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ชัดเจน เพื่อที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตาและเชาวนี ล่องชุมพล, 2558 ; อ่างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2562) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะพูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึงรุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร ”

2) ให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจากผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินใจอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ของตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

3) ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการแสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อน โดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จากการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ โกรธ พฤติกรรมและสรีระ โดยใช้หลักง่ายๆคือ “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน” หรือ “คุณสังเกตเห็นปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นตอนนั้นว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง เช่น คุณมีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ” และช่วยผู้รับการบำบัดระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น

5) ผู้บำบัดสำรวจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระเพื่อให้เข้าใจการเกิดอารมณ์โกรธของผู้รับการบำบัดและช่วยสรุปให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง ให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ พฤติกรรมและสรีระ จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เกิดจากลักษณะการคิดของเราต่อเรื่องราวที่

เกิดขึ้น หากความคิดนี้ของเราเปลี่ยนไป อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ก็จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้รับการบำบัดทุกท่านอยากปรับเปลี่ยนความคิดของเรา เพื่อให้เราเป็นผู้ที่อารมณ์ดีควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่างกายสรีระของเราก็จะปกติไม่ได้รับผลกระทบจากอารมณ์หรือพฤติกรรมของเรา ทุกท่านคิดอย่างไร”ให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตน

6) ผู้บำบัดค้นหาและช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตของผู้รับการบำบัด ซึ่งทำให้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของผู้รับการบำบัดเป็นความโกรธ โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบSocratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery

7) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยการให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery

8) ผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยใช้ การตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (Validity) ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่อย่างไร (Varieties) และให้คิดถึงประโยชน์ของความคิดนั้น หากความคิดนั้นเป็นจริงอยู่บ้าง (Utility) ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วนผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ในกรณีที่ความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การแก้ปัญหา

9) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน เช่น การเปลี่ยนมุมมองผู้รับการบำบัดว่าบิดายุ่งวุ่นวายเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดค่อนข้างมาก เป็นการแสดงถึงความเป็นห่วงใยของบิดาที่มีต่อผู้รับการบำบัด เป็นต้น

10) ผู้บำบัดช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระอีกครั้งเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นว่าเมื่อความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นว่าเมื่อความคิดของเขาเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของผู้รับการบำบัดลดลง

11) ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่างและรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิดดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของตนเองลดลง

12) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆ ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

13) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อ

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 10 เรื่องการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

3) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนนั่งหลับตาและจินตนาการถึงสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่มารบกวนให้ตนเองเกิดอารมณ์โกรธ ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกตที่ปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเองและช่วยให้สังเกตได้ง่ายขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสีหน้า

4) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านโดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่ต่างกันนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5) ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเหมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปเก็บกตมัน หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เรารับรู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ตั้งแคเรียด ให้เราลองฝึกการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (Body to mind relaxation) ผู้บำบัดอธิบายคำว่า “ผ่อนคลาย” อย่างสั้นๆแก่ผู้รับการบำบัดฟังก่อนว่า การผ่อนคลายจากกายสู่ใจเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยกล้ามเนื้อทุกส่วนจะไม่เกร็งหรือตึง เช่น กล้ามเนื้อใบหน้าบริเวณคิ้วไม่ขมวด หน้าผากไม่ย่น ริมฝีปากไม่เม้ม ฟันไม่กัดแน่นจนเกร็งขากรรไกร เป็นต้น จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดนั่งในท่าที่สบายๆวางแขน ขา และพับเอนได้ตามสบายหลังตรงพิงผนังและไม่เกร็ง ไม่อ่อเข้า ไม่ไขว้ขา วางเท้าทั้ง 2 ข้างลงบนพื้นและปล่อยตัวตามสบาย ให้ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนอย่างรู้ตัวโดยเริ่มตั้งแต่ มือ แขน ใบหน้า คอ ไหล่ หน้าอก แผ่นหลัง ปลายเท้า และทำตามทุกขั้นตอนที่ผู้บำบัดสอนโดยไม่จับหลักระหว่างฝึก ไม่เกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนมากเกินไปจนรู้สึกเจ็บหรือปวดกล้ามเนื้อส่วนนั้น โดยให้เกร็งจนรู้สึกแต่พอดี และค่อยๆคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนอย่างช้าๆระยะเวลาเกร็งน้อยกว่าคลายประมาณ 2 เท่า เช่น ถ้าใช้ระยะเวลาเกร็งกล้ามเนื้อ 3-5 วินาที ช่วงผ่อนคลายต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 6-10 วินาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้เพื่อจดจำความรู้สึกผ่อนคลายได้อย่างแท้จริงมากขึ้น ให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้วิธีการขณะเกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนให้เกร็งจนรู้สึกตึง คงไว้สักครู่หนึ่ง และค่อยๆผ่อนคลายอย่างช้าๆ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้ได้ว่าในขณะที่ฝึกรู้สึกสบายและผ่อนคลายได้อย่างแท้จริง กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะไม่เกร็งหรือตึงแต่อย่างใดให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมและแนะนำว่าควรฝึกเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งประมาณ 10-15 นาที

6) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่าน หลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มีอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

7) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ

8) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจต่อตามใบงานที่ 9

9) นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

- 1.ใบความรู้ที่ 9 : การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก
- 2.ใบความรู้ที่ 10 : การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ
- 3.ใบงานที่ 8 : วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก
- 4.ใบงานที่ 9 : การจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ
- 5.ฟิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ
- 6.เครื่องเสียง CD รวมชุดการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินผล

- 1.ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
- 2.ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ
- 3.ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำได้
- 4.ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม
- 5.ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
- 6.ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ และการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกรับนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. ตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. สามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้
4. เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้

5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้และฝึกซ้อมทักษะการจินตนาการในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม ผู้รับการบำบัด

1. สามารถบอกถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. สามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. สามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ว่าจริงหรือไม่จริงเพียงใด
4. สามารถบอกถึงหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
5. สามารถฝึกซ้อมทักษะการจินตนาการ ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เซาวนี ล่องซุล, 2558 ; อ้างใน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2562) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการจินตนาการ (Visualization) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question ,Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบและการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ เปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่

กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้ จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้ความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2) ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 4 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและใช้วิธีการจดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3) ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างละเอียดประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน และระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

4) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้อย่างร่วมกัน โดยผู้บำบัดอาจจะถามถึงความคาดหวังต่อการบำบัดหรือเมื่อการบำบัดสิ้นสุดคืออะไร จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเป้าหมายในการบำบัดว่าเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธและสามารถจัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ผู้บำบัดกล่าวให้ความหวังว่าเป้าหมายดังกล่าวที่ตั้งไว้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทุกคนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์สิ่งเร้าในอนาคต การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้รับการบำบัด และจำเป็นต้องมีงานทำเป็นการบ้าน เพื่อผลที่ดีในการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก ผู้บำบัดให้กำลังใจแก่ผู้รับการบำบัด

5) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธินิ่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มาก่อกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหาโดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วย จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2. การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ หลังจากแสดงบทบาทสมมติซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน (ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตาและเชาวนี ล่องชุมผล, 2558 ; อ่างโน พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, 2562) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะพูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึงรุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร”

2) ให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจากผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินใจอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ของตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

3) ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการแสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อน โดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน เพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จากการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ โกรธ พฤติกรรมและสรีระ โดยใช้หลักง่ายๆคือ “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน” หรือ “คุณสังเกตเห็นปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นตอนนั้นว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง เช่น คุณมีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ” และช่วยผู้รับการบำบัดระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น

5) ผู้บำบัดสำรวจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระเพื่อให้เข้าใจการเกิดอารมณ์โกรธของผู้รับการบำบัดและช่วยสรุปให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้งให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด

อารมณ์โกรธ พฤติกรรมและสรีระ จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เกิดจากลักษณะการคิดของเราต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น หากความคิดนี้ของเราเปลี่ยนไป อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ก็จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้รับการบำบัดทุกท่านอยากปรับเปลี่ยนความคิดของเรา เพื่อให้เราเป็นผู้ที่อารมณ์ดีควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่างกายสรีระของเราก็จะปกติไม่ได้รับผลกระทบจากอารมณ์หรือพฤติกรรมของเรา ทุกท่านคิดอย่างไร”ให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตน

6) ผู้บำบัดค้นหาและช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตของผู้รับการบำบัด ซึ่งทำให้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของผู้รับการบำบัดเป็นความโกรธ โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบSocratic question, Downward arrow techniques , Guided discovery

7) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยการให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery

8) ผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยใช้ การตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (Validity) ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นอย่างไรได้หรือไม่อย่างไร (Varieties) และให้คิดถึงประโยชน์ของความคิดนั้น หากความคิดนั้นเป็นจริงอยู่บ้าง (Utility) ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วนผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ในกรณีที่ความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การแก้ปัญหา

9) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (De catastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น

แนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้

9) ผู้บำบัดช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระอีกครั้งเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นว่าเมื่อความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นว่าเมื่อความคิดของเขาเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของผู้รับการบำบัดลดลง

10) ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่างและรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของตนเองลดลง

11) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

12) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อ

4. การฝึกทักษะการจินตนาการ (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 11 เรื่องการฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการ ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

3) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนนั่งหลับตาและจินตนาการถึงสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่มารบกวนให้ตนเองเกิดอารมณ์โกรธ ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกตที่ปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเองและช่วยให้สังเกตได้ง่ายขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสีหน้า

4) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่าน โดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมากบางครั้งรู้สึกโกรธน้อยซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้ ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5) ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเสมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปเก็บกอดมัน หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เราารู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ตั้งเครียด ให้เราลองฝึกการจินตนาการผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าการฝึกการจินตนาการเป็นวิธีการผ่อนคลายโดยใช้จินตนาการ หรือการสร้างภาพขึ้นในใจ (มโนภาพ) ซึ่งควรเป็นภาพจากความทรงจำที่ผู้รับการฝึกมีประสบการณ์ หรืออยู่ในเหตุการณ์ในภาพนั้นและมีความรู้สึกที่ดี เช่น ประทับใจ ภาคภูมิใจ ชื่นชม เป็นสุขให้ผู้รับการบำบัดเลือกภาพความทรงจำที่ประทับใจมา 1 ภาพ จากนั้นให้บอกรายละเอียดของภาพนั้นให้ผู้

บำบัดได้รับทราบ (โดยการเขียนหรือบอกเล่าตามความเหมาะสม) ผู้บำบัดนำภาพจากข้อ 1 มาพูดคุยกับผู้รับการฝึก เพื่อเพิ่มการรับรู้สัมผัสในภาพให้สมบูรณ์ก่อนนำมาสู่การจินตนาการ ก่อนฝึกจินตนาการให้ผู้รับการบำบัดฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีวิธีการนั่งหลับตาหายใจเข้า - ออก ช้าๆ สัก 2 นาทีก่อน หลังจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดฝึกหลับตาและจินตนาการตามภาพนั้นโดยผู้รับการบำบัดเป็นผู้จินตนาการด้วยตนเองหรือผู้ฝึกเป็นผู้ให้รายละเอียดของภาพให้ผู้รับการฝึกจินตนาการตามภาพดังกล่าวใช้เวลาในการจินตนาการประมาณ 3-5 นาทีให้ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเองและแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

- 6) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านหลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่อารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง
- 7) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ
- 8) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการต่อ
- 9) นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 10 : การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด
2. ใบความรู้ที่ 11 : การฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการ
3. ใบงานที่ 10 : วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด
4. ใบงานที่ 11 : การจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการ
5. พิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ
6. เครื่องเสียง CD รวมชุดการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ
3. ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ ผู้บำบัดแนะนำได้
4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม
5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการจินตนาการในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้
6. ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการจินตนาการและการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 6 : (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. ตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. สามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้
4. เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
5. ได้เรียนรู้และฝึกซ้อมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม ผู้รับการบำบัด

1. สามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. สามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. สามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ว่าจริงหรือไม่จริงเพียงใด
4. สามารถบอกถึงหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
5. ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกซ้อมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ผู้บำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อน โดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดารารรรณ ต๊ะปินตา และ เซาวนี ล่องชูผล, 2558; อังโน พยุงค์ดี ผางแก้ว, 2562) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) ซึ่งทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เป็นการพูดเพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิด

อัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้ความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2) ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 5 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจัดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลสามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3) ผู้บำบัดบอกถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างรัดกุมของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน และระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

4) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้อย่างร่วมกัน โดยผู้บำบัดอาจจะถามถึงความคาดหวังต่อการบำบัดหรือเมื่อการบำบัดสิ้นสุดคืออะไร จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเป้าหมายในการบำบัดว่าเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธและสามารถจัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ผู้บำบัดกล่าวให้ความหวังว่าเป้าหมายดังกล่าวที่ตั้งไว้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทุกคนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์สิ่งเร้าในอนาคต การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้รับการบำบัด และจำเป็นต้องมีงานทำเป็นการบ้าน เพื่อผลที่ดีในการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก ผู้บำบัดให้กำลังใจแก่ผู้รับการบำบัด

5) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธินิ่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหาโดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วยจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2. การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1) ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์หลังจากแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน (ดราเวลลัน ตีปะปิตาและเชาวนี ล่องซูล, 2558; อ้างใน พยุงศักดิ์ ฝางแก้ว, 2562) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะพูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึงรุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร”

2) ให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใดผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจากผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินใจอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ของตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

3) ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการแสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จากการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ โกรธ พฤติกรรมและสรีระ โดยใช้หลักง่ายๆคือ “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิด

ความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน” หรือ “คุณสังเกตเห็นปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นตอนนั้นว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง เช่น คุณมีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ” และช่วยผู้รับการบำบัดระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น

5) ผู้บำบัดสำรวจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระเพื่อให้เข้าใจการเกิดอารมณ์โกรธของผู้รับการบำบัดและช่วยสรุปให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้งให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ พฤติกรรมและสรีระ จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เกิดจากลักษณะการคิดของเราต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น หากความคิดนี้ของเราเปลี่ยนไป อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ก็จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้รับการบำบัดทุกท่านอยากปรับเปลี่ยนความคิดของเรา เพื่อให้เราเป็นผู้ที่อารมณ์ดีควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่างกายสรีระของเราก็จะปกติไม่ได้รับผลกระทบจากอารมณ์หรือพฤติกรรมของเรา ทุกท่านคิดอย่างไร” ให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตน

6) ผู้บำบัดค้นหาและช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตของผู้รับการบำบัด ซึ่งทำให้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของผู้รับการบำบัดเป็นความโกรธ โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบSocratic question, Downward arrow techniques ,Guided discovery

7) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยการให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery

8) ผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยใช้ การตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (Validity) ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่อย่างไร (Varieties) และให้คิดถึงประโยชน์ของความคิดนั้น หากความคิดนั้นเป็นจริงอยู่บ้าง (Utility)ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วนผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ในกรณีที่ความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การแก้ปัญหา

9) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) ปัญหาของผู้รับการบำบัดแม้บางครั้งอาจจะเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปดูเหมือนปัญหานั้นจะสำคัญมากขึ้นอาจจะทำให้ผู้รับการบำบัดหยุดหรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดโดยนึกภาพสมมติ เช่น การนึกถึงภาพหยุดการสั่นกระดิ่ง ปิดสวิทช์ไฟ ซึ่งเหมือนกับการหยุดความคิดของผู้รับการบำบัด ในระยะเริ่มต้นผู้บำบัดอาจช่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหาและให้ผู้รับการบำบัดนึกถึงปัญหานั้นๆ แล้วผู้บำบัดก็จะบอกผู้รับการบำบัดต่างๆว่า “หยุด” เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

10) ผู้บำบัดช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระอีกครั้งเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นว่าเมื่อความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม

ความคิด ดังนั้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นว่าเมื่อความคิดของเขาเปลี่ยนอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของผู้รับการบำบัดลดลง

11) ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่าง และรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของตนเองลดลง

12) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

13) มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อ

4. การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2) ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 14 เรื่องการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

3) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนนั่งหลับตาและจินตนาการถึงสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่มา รบกวนให้ตนเองเกิดอารมณ์โกรธ ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกตที่ปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเองและช่วยให้สังเกตได้ง่ายขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสรีระ

4) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านโดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรม ก้าวร้าวเช่นกัน

5) ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเหมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปเก็บกอดมัน หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เรารับรู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ตึงเครียด ให้เราลองฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรงจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบและได้ผล โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควรเป็นการพูดแสดงความรู้สึกออกมาอย่างมีเหตุผล การรู้จักแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกตามสิทธิและความพึงพอใจของตนเองให้บรรลุได้ โดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เสียหาย เจ็บปวดทั้งกายและใจ นับว่าเป็นอีกวิธีการหนึ่งซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสบายใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม(Assertiveness training) เป็นการฝึกทักษะในการระบายความโกรธออกมาอย่าง

เหมาะสม ผู้บำบัดใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมในสถานการณ์สมมุติ (Role playing assertiveness communication technique) โดยจัดสถานการณ์สมมุติแล้วให้ผู้รับการบำบัดได้ลองฝึกพูดและแสดงท่าทางอย่างตรงไปตรงมาตามความรู้สึกและความต้องการของตน การใช้ประโยค “ฉัน” (“I” statement) ในการระบายความรู้สึก เช่น “ฉันรู้สึกโกรธ ที่คุณขัดจังหวะขณะที่ฉันกำลังคุยโทรศัพท์อยู่นี้” หรือ “ฉันโกรธนะ ที่คุณเปลี่ยนเวลาประชุมโดยที่ไม่ได้บอกฉัน” การกล้าปฏิเสธต่อคำขอร้องที่ไม่สมเหตุผล สามารถที่จะบอกปัญหา ความไม่สบายใจ หรือความไม่เห็นด้วยออกมาให้ผู้อื่นรู้ และแสดงความชื่นชมและยอมรับผู้อื่นด้วยความเหมาะสมให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

6) ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านหลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มีอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

7) ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ

8) มอบหมายการบ้าน ให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมต่อ

9) นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 13 : การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด
2. ใบความรู้ที่ 14 : การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม
3. ใบงานที่ 12 : วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด
4. ใบงานที่ 13 : การจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม
5. พิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะ และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ
3. ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำได้
4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม
5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
6. ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม และการปรับความคิด

ขั้นที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น

กิจกรรมที่ 7 : (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4) การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

สถานที่ : ห้องทำกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชงโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอักษยั ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. สามารถนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้

2. เกิดทักษะใหม่ในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้รับการบำบัด

1.สามารถบอกถึงการนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

ให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) และใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่านการฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรค ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้ความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ฝึกในครั้งก่อน ทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจัดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับที่ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3. ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน และระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ โดยการดำเนินการกิจกรรมในขั้นนี้เป็นการนำทักษะที่ได้จาก

การฝึกมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง ระยะนี้ผู้บำบัดจะเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดนำทักษะการจัดการความโกรธและการปรับความคิดที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มบำบัดในขั้นตอนที่ผ่านมาแล้ว มาประยุกต์ใช้อย่างเต็มที่ โดยจะมีการแสดงบทบาทสมมติกับสถานการณ์ที่มักกระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาจากแต่ละคนนำมาเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อย จนถึงสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้บำบัดจะเป็นผู้คอยให้คำแนะนำในการฝึกตั้งแต่ต้นจนจบ จนกว่าผู้รับการบำบัดจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะให้กับผู้อื่นได้และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในชีวิต

4. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึกโดยเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยมาฝึกก่อนและค่อยเพิ่มความยุ่งยากขึ้นเรื่อย ๆ โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ผู้บำบัดอาจจะร่วมเป็นผู้แสดงบทบาทสมมติเพื่อความสมจริง ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มักกระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดระบุและให้คะแนนระดับของอารมณ์โกรธ ถ้าคะแนนระดับของอารมณ์โกรธมากผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยแนะนำให้ใช้ทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิด ซึ่งทักษะการจัดการความโกรธเน้นการใช้เทคนิคการผ่อนคลายจากที่ได้ฝึกในครั้งก่อนๆ โดยให้ผู้รับการบำบัดเลือกใช้ตามที่ผู้รับการบำบัดชื่นชอบและปฏิบัติได้ผลกับตนเอง ส่วนการปรับความคิดเน้นให้ปฏิบัติตามกระบวนการ คือ ค้นหา พิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนความคิดโดยเลือกใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ทั้ง 5 เทคนิค ให้เลือกใช้ตามที่ผู้รับการบำบัดชื่นชอบและปฏิบัติได้ผลกับตนเองมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง ปรับความคิดได้ ควบคุมอารมณ์ได้ และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

5. ผู้บำบัดประเมินคะแนนระดับของอารมณ์หลังจากเสร็จสิ้นการจัดการความโกรธและการปรับความคิดแล้ว เพื่อประเมินผลและชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างและพิสูจน์ว่าผู้รับการบำบัดสามารถจัดการความโกรธได้ด้วยตนเอง

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรค ให้กำลังใจ

7. มอบหมายการบ้าน (Homework assignment) ให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกต่อ

8. นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

1. ใบงานที่ 14 เรื่อง การประยุกต์ใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
2. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ
3. ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำได้
4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม
5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการจัดการความโกรธ การปรับความคิดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
6. ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการจัดการความโกรธและการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 8 : (สัปดาห์ที่ 3) การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

สถานที่ : ห้องกิจกรรมกลุ่มชั้น 2 หอผู้ป่วยชังโค

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกรับเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้รับการบำบัด

1. มีความเข้าใจวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ
2. ได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3. ได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้รับการบำบัด

1. สามารถพูดคุยบอกวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธได้
2. สามารถพูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ บอกถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะได้
3. สามารถสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ โดยใช้กิจกรรมชื่อ “คืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ” เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดต้องการที่จะสร้างความสุขให้กับผู้รับการบำบัด เพราะผู้ที่มีความสุขุมจะโกรธยากและให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการที่จะทำอะไรให้ตนเอง เป็นผู้ที่มีจิตใจสงบและเป็นผู้ที่มีความสดใส จากนั้นผู้บำบัดได้ให้ข้อปฏิบัติที่จะทำอะไรเพื่อเป็นการคืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ และสุดท้ายผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้บอก

ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้รับการบำบัดรับรู้ได้หลังจากฝึกทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดครบทุกขั้นตอน ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกันผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกันและยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ฝึกในครั้งก่อนและทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจัดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับที่ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลสามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3. ผู้บำบัดบอกถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างรัดกุมของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน และระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

4. ผู้บำบัดให้ความรู้ถึงวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ ตามใบความรู้ที่ 15 เรื่อง คืบความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ จากนั้นให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการของแต่ละบุคคลที่จะทำอย่างไรให้จิตใจสงบไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์โกรธ

5. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 จนถึงกิจกรรมที่ 7 อย่างละเอียด

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้บอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้รับการบำบัดรับรู้ได้หลังจากฝึกทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดครบทุกขั้นตอน บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก

7. ผู้บำบัดให้ข้อมูลกับผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับอารมณ์โกรธว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก เพราะฉะนั้นจึงควรฝึกทำตลอดจนติดเป็นนิสัย หากไม่ได้ฝึกฝนหรือทำอย่างต่อเนื่อง จะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีก และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระอีกครั้งเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นว่าเมื่อความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นว่าเมื่อความคิดของเขาเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของผู้รับการบำบัดลดลง

8. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกันและยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ความสนใจ การสนทนา การตอบคำถาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

2. ประเมินจากการเปิดเผยข้อมูล การกล้าบอกความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้บอกถึงปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ภาคผนวก ซ.
ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

1.ยศ-ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางเพชรรัชต์ มหิกิตต์ไพศาล

(ภาษาอังกฤษ) Petcharat Mahakitpisan

2.ประวัติการศึกษา (โดยย่อ)

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

- จบการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3.ประวัติการทำงาน (โดยย่อ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
30 มกราคม 2530	พยาบาลวิชาชีพ 3	รพ.จิตเวชขอนแก่น
1 ตุลาคม 2532	พยาบาลวิชาชีพ 4	รพ.จิตเวชขอนแก่น
1 ตุลาคม 2536	พยาบาลวิชาชีพ 5	รพ.จิตเวชขอนแก่น
2 ตุลาคม 2538	พยาบาลวิชาชีพ 6	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1 ตุลาคม 2541	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1 เมษายน 2548	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.สาขาที่เชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

5.ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

6.สังกัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

7.สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชในชาย หอผู้ป่วยชงโค

เลขที่ 169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 (มือถือ) 089711-3788

E-mail Address: petcharat13788@gmail.com

8.ประวัติการอบรม Good Clinical Practice (GCP) (ถ้ามี)

1) ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP Online training (ICH-GCP: (R2) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2) Good Clinical Practice: ICH GCP E6 (R2) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมทหารเรือ ร่วมกับ บริษัทเครือข่ายวิจัยทางการแพทย์ เพื่อสังคม จำกัด วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2565 ในรูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบ Web-based seminar

3) ผ่านการอบรมหลักสูตร หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สังคมศาสตร์ และวิจัยเชิงคุณภาพของกลุ่มงานจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิตผ่านระบบออนไลน์ เว็บเอ็กซ์ (Cisco Webex) วันที่ 14-16 กรกฎาคม 2564

ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (ต่อ)

1.ยศ-ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นายกริชนรินทร์ นาคบุตร

(ภาษาอังกฤษ) Krichnarin Nakbutr

2.ประวัติการศึกษา (โดยย่อ)

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

- จบการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3.ประวัติการทำงาน (โดยย่อ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
30 เมษายน 2529	พยาบาลเทคนิค 2	รพ.จิตเวชขอนแก่น
7 กันยายน 2534	พยาบาลวิเทคนิค 4	รพ.จิตเวชขอนแก่น
7 กันยายน 2538	พยาบาลวิชาชีพ 4	รพ.จิตเวชขอนแก่น
1 ตุลาคม 2539	พยาบาลวิชาชีพ 5	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์
1 มีนาคม 2542	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 6	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์
15 กุมภาพันธ์ 2545	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 7 วช.	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์
11 ธันวาคม 2551	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์

4.สาขาที่เชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

5.ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

6.สังกัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์

7.สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชในชาย หอผู้ป่วยชงโค

เลขที่ 169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 (มือถือ) 089711-3788

E-mail Address: krichnarin2547@gmail.com

8.ประวัติการอบรม Good Clinical Practice (GCP) (ถ้ามี)

- ผ่านการอบรมหลักสูตร Good Clinical Practice: ICH GCP E6 (R2) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมทหารเรือ ร่วมกับบริษัทเครือข่ายวิจัยทางการแพทย์ เพื่อสังคม จำกัด วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2565 ในรูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบ Web-based seminar

ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (ต่อ)

1.ยศ-ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า

(ภาษาอังกฤษ) Emhathia Srichanla

2.ประวัติการศึกษา (โดยย่อ)

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร

- จบการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- จบการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3.ประวัติการทำงาน (โดยย่อ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
30 เมษายน 2539	พยาบาลวิชาชีพ 3	รพ.จิตเวชขอนแก่น
1 เมษายน 2541	พยาบาลวิชาชีพ 4	รพ.จิตเวชขอนแก่น
1 เมษายน 2544	พยาบาลวิชาชีพ 5	รพ.จิตเวชขอนแก่น
27 ตุลาคม 2546	พยาบาลวิชาชีพ 6	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
11 สิงหาคม 2548	พยาบาลวิชาชีพ 7	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
11 ธันวาคม 2551	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4. สาขาที่เชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

5.ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

6.สังกัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

7.สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชในชาย หอผู้ป่วยชงโค

เลขที่ 169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 (มือถือ) 094-4694929

E-mail Address: Emm.Srich@hotmail.com

8.ประวัติการอบรม Good Clinical Practice (GCP) (ถ้ามี)

ผ่านการอบรมหลักสูตร หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สังคมศาสตร์ และวิจัยเชิงคุณภาพของกลุ่มงานจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิตผ่านระบบออนไลน์ เว็บเอ็กซ์ (Cisco Webex) วันที่ 14-16 กรกฎาคม 2564