

ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF ANGER MANAGEMENT EMPHASIZING COGNITIVE THERAPY ON
AGGRESSIVE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mr. Payungsak Fangkaew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อ |
| | พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท |
| โดย | นายพยุงศักดิ์ ฝางแก้ว |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ญ วิเชียร)

พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว : ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF ANGER MANAGEMENT EMPHASIZING COGNITIVE THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 246 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ได้จับคู่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน อายุ และระดับคะแนนอาการทางจิต จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้คูเดอร์ ริชาร์ดสัน มีค่าเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677190236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ANGER MANAGEMENT / COGNITIVE THERAPY / AGGRESSIVE BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIC PATIENT

PAYUNGSAK FANGKAEW: THE EFFECT OF ANGER MANAGEMENT EMPHASIZING COGNITIVE THERAPY ON AGGRESSIVE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 246 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were to compare aggressive behavior of schizophrenic patients before and after received the anger management emphasizing cognitive therapy, and to compare aggressive behavior of schizophrenic patients who received anger management emphasizing cognitive therapy and those who received regular caring activities. The subjects were 40 male patients who received diagnose schizophrenia and aggressive behavior, who met the inclusion criteria and receiving services in inpatient of Psychiatric Hospital. They were mathched pair by age and score of Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). And then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the anger management emphasizing cognitive therapy, and the control group received regular caring activities. The research instruments consisted of: 1) The anger management emphasizing cognitive therapy, 2) Demographic questionnaire, 3) Aggressive Behavior Assessment. All instruments were test for content validity by 5 professional experts. The reliability of Aggressive Behavior Assessment was reported by Kuder -Richardson (KR-20) were at .81. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test

Major findings were as follow:

1. The mean score of aggressive Behavior of the experimental group after receiving the anger management emphasizing cognitive therapy were significantly lower than those before received the anger management emphasizing cognitive therapy at the .05 level
2. The mean score of aggressive Behavior who received the anger management emphasizing cognitive therapy were significantly lower than those who received regular caring activities, at the .05 level

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และคอยให้กำลังใจเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและมีพลังในการทำวิทยานิพนธ์อย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้และซาบซึ้งใจในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการสอบและแก้ไขวิทยานิพนธ์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้มีความเหมาะสมมากที่สุด ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลจิตเวช ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางพยาบาลจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลจิตเวช พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ให้การสนับสนุน ให้ความอนุเคราะห์เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ที่ยินยอมให้ผู้วิจัยศึกษา ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบถ้วน ซึ่งถือว่าทุกท่านมีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อบำรุง และคุณแม่ผัด ผางแก้ว ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิดและอบรมเลี้ยงดูด้วยความรักและความอบอุ่น คอยเอาใจใส่ ห่วงใย และเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบคุณคุณอมราภรณ์ ผางแก้ว ภรรยา และเด็กชายกฤตภาส ผางแก้ว บุตรชาย รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่รักและเข้าใจ รวมทั้งคอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน รวมทั้งกำลังใจที่มีค่ายิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ และขอมอบให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 10 |
| คำถามการวิจัย | 10 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 10 |
| สมมติฐานการวิจัย | 19 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 19 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 19 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 24 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 25 |
| 1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท | 26 |
| 2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท | 36 |
| 3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธ..... | 48 |
| 4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม..... | 58 |
| 5. การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท..... | 78 |
| 6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 81 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 85 |

| | |
|---|-----|
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 86 |
| การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง..... | 87 |
| ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง..... | 87 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 90 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 90 |
| ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง | 106 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 159 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 161 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 169 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 176 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 177 |
| ข้อเสนอแนะ | 196 |
| รายการอ้างอิง | 199 |
| ภาคผนวก..... | 210 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 211 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ | 213 |
| ภาคผนวก ค หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใบประกาศนียบัตรเพื่อแสดงว่าผู้วิจัยได้ผ่าน การอบรมหลักสูตร การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หนังสือขอความ อนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และ หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... | 215 |
| ภาคผนวก ง การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา | 234 |
| ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 236 |

| | |
|---|-----|
| ภาคผนวก ฉ การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Analysis of Covariance (ANCOVA) | 244 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 246 |



สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 ลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง(Matched paired) ตามอายุและคะแนนอาการทางจิต BPRS ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม | 89 |
| ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง..... | 110 |
| ตารางที่ 3 ข้อมูลคะแนนการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกิจกรรม การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด..... | 158 |
| ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส | 162 |
| ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ศาสนา ระดับการศึกษา | 163 |
| ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย..... | 164 |
| ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อน (Pre-test) และหลัง การทดลอง (Post-test)..... | 165 |
| ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลัง การทดลอง (Post-test)..... | 166 |
| ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 167 |
| ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง | 168 |
| ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Analysis of Covariance (ANCOVA)... | 245 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่งซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) พบร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) การทบทวนข้อมูลเชิงระบาดวิทยาทั่วโลกพบว่าโรคจิตเภทมีอัตราความชุกตลอดชีพสูงถึงร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี (WHO, 2011) อัตราส่วนในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) จากการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้งสองเพศคือช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 30-34 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) จากรายงานของกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554 ถึง 2556 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.30, 50.03 และ 48.14 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2556) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2554 ถึง 2556 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.25, 55.79 และ 53.67 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2556) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคนี้แล้วจะมีลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มักไม่หายขาด และมีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โรคจิตเภทเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ไร้ความสามารถ (Disability) และทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (Premature mortality) ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 5 ของโรคทั้งหมด (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและมีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล

บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมักจะเริ่มมีอาการแสดงในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โดยมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น มักจะส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2557) พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งพบได้บ่อย (สมภพ

เรื่องตระกูล, 2554) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (Forttrell, 1980; Haller & Deuty, 1988; James et al., 1990; Atakan, 1995; El-Badri & Meellsop, 2006) พฤติกรรมก้าวร้าวพบมากที่สุด ในผู้ป่วยจิตเภท (Chou, Lu & Mao, 2002; ศุภโชค สิงห์กันต์, 2558) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้สูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ซึ่งเป็นอาการสำคัญถึงร้อยละ 81.97 ที่ญาตินำผู้ป่วยมารับรักษาในโรงพยาบาล (Rossi et al., 1986) เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคนอื่นและทำลายสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986; Martha, 2000) พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสาเหตุหลักของการกลับมาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Han et al., 2004) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่เคยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ เพราะจะถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1988)

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปลดปล่อยพลังกำลังหรือแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก สีหน้าท่าทาง คำพูด หรือการกระทำอย่างรุนแรงเพื่อขจัดหรือลดความกลัว ความโกรธของตนเองไปยังบุคคลอื่นหรือสิ่งของ หรือปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดีต่างๆในใจออกมา โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Yudofsky et al., 1986) พฤติกรรมที่แสดงออกอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น กลุ่มบุคคลหรือสังคม ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ พฤติกรรมก้าวร้าวแสดงออกใน 4 ลักษณะคือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายคนอื่น และด้านการทำลายสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986) พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกทางการต่อต้านเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ (Paivio, 1999; Jung, 2000; Chan et al., 2003; Song & Min, 2009) โดยจะแสดงการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่างๆเพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งจะแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งบุคคล (Hamolia, 2005) ซึ่งการแสดงออกดังกล่าวเกิดจากความต้องการ ความคาดหวังของบุคคลถูกขัดขวางส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ จนเกิดความโกรธที่ท่วมท้นจนไม่สามารถควบคุมได้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ซึ่งเป็นวิธีการแสดงความโกรธอย่างหนึ่ง (Spielberger et al., 1996)

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณทางชีวภาพที่มีมาแต่กำเนิดที่เรียกกันว่า สัญชาตญาณเกี่ยวกับความตาย (Death instinct) ซึ่งมีอยู่ในจิตใจของแต่ละบุคคล ซึ่งจะแสดงความก้าวร้าวออกมาต่อเมื่อพลังที่สะสมของความก้าวร้าวภายในตัวบุคคลมีความรุนแรงเพียงพอที่แรงกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมนั้นจะทำให้เกิดการตอบสนองออกมาเป็นความโกรธ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2552) บุคคลจะแสดงความโกรธหรืออารมณ์โกรธใน 3 ลักษณะคือ การควบคุมความโกรธ (Anger control, Calming) เป็นการสร้างความสงบตั้งแต่ภายใน เป็นการพยายามที่จะควบคุมการแสดงความโกรธไม่ให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา แต่ยังคงควบคุมการตอบสนองภายในของตนเองอีกด้วย การเก็บ

ความโกรธไว้ภายใน (Anger in, Suppressing) เป็นการหยุดความคิดเกี่ยวกับความโกรธ เป็นการเก็บกวดความโกรธเอาไว้ในความคิดแต่ยังมีความรู้สึกโกรธอยู่ ซึ่งความโกรธที่ถูกเก็บกวดเอาไว้จะส่งผลทำให้เกิดโรคทางกาย ผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม เกิดความก้าวร้าวแบบไม่แสดงออกโดยตรง และการแสดงความโกรธออกมาภายนอก (Anger out, Expressing) มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การแสดงความโกรธออกมาโดยการแสดงความคิดเห็น (Assertive) เป็นการแสดงความรู้สึกด้วยเหตุผล แต่ไม่ใช้การแสดงความก้าวร้าว ซึ่งเป็นการแสดงความโกรธที่ดีที่สุด และการแสดงความก้าวร้าวออกมาทั้งวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลและทรัพย์สิน (Spielberger et al., 1996) สอดคล้องกับ Hamolia (2005) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลมาจากความโกรธที่ท่วมท้นและความกลัว พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นวิธีการแสดงความโกรธอย่างหนึ่ง (Spielberger et al., 1996) โดยความโกรธเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Bandura, 1976)

ความโกรธส่วนใหญ่เกิดจากความต้องการของบุคคลหรือความคาดหวังถูกขัดขวาง ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคงเกิดความโกรธแล้วส่งผลให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Videbeck, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Paivio, 1999; Jung, 2000; Chan et al., 2003; Song & Min, 2009 พบว่าความโกรธเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ นอกจากนั้น Harris & Rawlin (1993) ยังได้กล่าวว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกอย่างหนึ่งซึ่งมีสาเหตุเริ่มต้นมาจากความโกรธ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และเกิดได้จากการที่บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเองจึงทำให้เกิดความโกรธ เมื่อความโกรธเพิ่มความรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้บุคคลจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว การศึกษาของ Novaco (1975) พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับความโกรธหรืออารมณ์โกรธ โดยลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ กระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ประกอบกับขาดประสบการณ์ในการจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ การควบคุมอารมณ์ การมองตนเองและผู้อื่นแคบ ขาดการแปลความแปลเจตนาของผู้อื่นผิด มองตนเองในด้านลบ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ขาดความสามารถในการพิจารณาถึงผลของการกระทำ ขาดทักษะทางสังคมทำให้แสดงออกทางสังคมไม่เหมาะสม และขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป (Jung, Song, and Chung, 2000) เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นให้เกิดความโกรธจะควบคุมความโกรธไม่ได้จนทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา หรือแม้จะมีความคิดที่จะควบคุมความโกรธ แต่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีขีดจำกัดในการควบคุมความโกรธจึงไม่สามารถระงับความโกรธได้ (Paivio, 1999; Jung et al., 2000; Chan et al., 2003) การปลดปล่อยความโกรธในใจออกมา เพื่อเป็นการปกป้องหรือพิทักษ์สิทธิของตนเอง ซึ่งความโกรธนั้นเป็นการแสดงออกของความก้าวร้าวทางความคิด (Hagiliassis et al., 2005) นอกจากนั้น Jaques & Reimer (2005) ได้อธิบายกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวว่าเกิดจาก

กระบวนการคิดของบุคคล เมื่อเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกขู่ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ กล่าวได้ว่ากระบวนการคิดมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความโกรธ และการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งความคิดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนอารมณ์ (दारवाररुण ठीपुनतु, 2555) และอารมณ์เป็นตัวสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (เสวลลัษณั สุวรุณมไตรี, 2552)

ความผิดปกติของความคิดเป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภททุกราย (นิตยาศรีจันง, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งมักจะส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว (อัจนราพร สี่หีรุณวงศ์ และคณะ, 2557) ความผิดปกติของคิดมีผลต่อความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว (Benton, 1968; Hoptman et al., 2002; Song & Min, 2009; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005; นกวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558) ความโกรธเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ สิ่งกระตุ้นหรือเป็นการตอบสนองทางความคิด เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นผู้ป่วยมักจะเกิดความคิดว่าตนเองไม่ได้รับความยุติธรรม เกิดความคับข้องใจ จึงเกิดความโกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (อารยาศรีจันง, 2558) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของความคิดจะส่งผลให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของตนเอง จึงทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย (Jung et al., 2000; Paivio, 1999; Jung et al., 2000; Chan et al., 2003) ความผิดปกติของความคิดในผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่าทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พบมากส่วนใหญ่จะเกิดจากความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด โดยเฉพาะความคิดหลงผิด เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ว่าร้ายนินทาตนเอง หลงผิดกลัวคนจะมาทำร้าย ความผิดปกติของความคิดเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (อัจนราพร สี่หีรุณวงศ์ และคณะ, 2557) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดหลงผิดคิดว่ามีอำนาจภายนอกมาบังคับตนเองจะทำให้รู้สึกคับข้องใจที่ไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากมีอำนาจคอยบังคับจึงเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เกิดความรู้สึกคับข้องใจจนเกิดความโกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ความคิดหวาดระแวง ผู้ป่วยจิตเภทจะคิดหวาดระแวงอันตรายต่างๆ จากบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยไม่มีเหตุผล จะมีความสงสัยระแวงตนเองเป็นพิเศษ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีความรู้สึกไวต่อปฏิกิริยาของผู้อื่น ไม่เป็นมิตร ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดหวาดระแวงมักจะมีอาการโกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาเสมอเพื่อป้องกันตนเอง (นิตยาศรีจันง, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง (Lejoyeux et al., 2013) การใช้สารเสพติด การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา (Swart et al., 1998; Martell et al., 1995) มีประวัติถูกกระทำรุนแรงทางเพศ (Lejoyeux et al., 2013) เคยมีประวัติพฤติกรรม

ก้าวร้าว (Cheunget al.,1997; MacArthur,2001; Lejoyeux et al.,2013) อาการทางบวก (Song, & Min, 2009; พิเชษฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกันานนท์,2552) ความรุนแรงของอาการหลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์ทางลบ เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า (Cheung et al.,1997; Lejoyeux et al.,2013) โดยเฉพาะประสาทหลอนทางการได้ยินที่มีเสียงสั่งให้กระทำอันตรายหรือ อาการหลงผิดว่าคนอื่นปองร้าย (สมภพ เรื่องตระกูล,2552) ความกีดกันทางสังคม การตำหนิผู้ป่วย การไม่ยอมรับผู้ป่วย (Chan,Lu,Tseng,and Chou,2003) ความผิดปกติของความคิด (Benton, 1968; Hoptman et al., 2002; Song & Min, 2009; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) และ ขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของตนเอง (Jung et al.,2000 ; Paivio, 1999; Jung et al., 2000;chan et al.,2003)

พฤติกรรมก้าวร้าวพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา, 2558; นงพะงา ลี้มสุวรรณ และศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558 ; Lejoyeux et al., 2013) เนื่องจากฮอร์โมนเพศชาย คือ ฮอร์โมนTestosterone มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าว (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา, 2558; นงพะงา ลี้มสุวรรณ และศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558) การศึกษาเกี่ยวกับสมองพบว่า สมองของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันในบริเวณที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ส่วน Amygdala ส่วนอื่นของ Limbic system และส่วนของ Frontal lobe มีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศชายยังมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของสมอง โดย ฮอร์โมนTestosterone จะทำให้ Amygdala ของเพศชายมีขนาดใหญ่กว่าเพศหญิง เพศชายจึงมี โอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายกว่าเพศหญิง และความสามารถในการยับยั้งชั่งใจของเพศชายจะมี น้อยกว่าเพศหญิง และมักใช้การแก้ไขปัญหาด้วยวิธีรุนแรงเพศชายจึงมีความก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง (นงพะงา ลี้มสุวรรณ และศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558)

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ทั้งต่อตัวผู้ป่วย เอง ญาติ และบุคคลอื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย และจิตใจ ทรัพย์สินเกิดความเสียหาย (Eileen & Collen, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยโดยเฉพาะพยาบาล การสำรวจของสมาคมพยาบาลอเมริกาเมื่อปี 2001 พบว่า ร้อยละ 25 ของพยาบาลที่ทำงานใน โรงพยาบาลจิตเวชรู้สึกเครียดจากการถูกคุกคามจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 17 ของ พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชเคยถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายร่างกายในรอบปีที่ผ่านมา และร้อยละ 57 ของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชเคยถูกคุกคามทางด้านวาจา (Eileen & Collen, 2003) ร้อยละ 75 ของพยาบาลจิตเวชเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายอย่างน้อย 1 ครั้ง (Hamolia, 2005) นอกจากนั้นยังพบว่าในสถานพยาบาลในออสเตรเลียพบพยาบาลลาออกจากวิชาชีพพยาบาล เป็นจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

(Needham et al., 2006) จากสถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทยที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป พบว่าผู้ที่ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness With High Risk to Violence :SMIV) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและมักจะมีประวัติก้าวร้าวทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีประวัติก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2558) ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัว สังคม ทรัพย์สินตลอดจนบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ และให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนที่จะจัดการกับปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

การบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นจะต้องควบคุมและจัดการความโกรธซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งความโกรธเป็นการแสดงความก้าวร้าวทางความคิด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเริ่มตั้งแต่ความรู้สึกหงุดหงิดเพียงเล็กน้อยจนถึงความรู้สึกโกรธอย่างรุนแรง บ้าคลั่ง ควบคุมไม่ได้ จนแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ความโกรธยังเกิดได้จากการที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่มากระตุ้นต่างๆในทางลบโดยผ่านการกลั่นกรองทางความคิด (Hagilliasis et al., 2005) จากการศึกษาของ Novaco (1975) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวมาจากความโกรธที่เป็นการปรับตัวตอบสนองต่อเหตุการณ์ ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสมจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการควบคุมจะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้ นอกจากนี้ Beck (1976) และ Jacques & Reimer (2005) ยังได้กล่าวว่าการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการคิดของบุคคล เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกขู่ข่ม จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ยังได้กล่าวว่า สิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล เพราะฉะนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิดร่วมด้วยเพราะความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการปรับความคิด (Dobson, 2010; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธและการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวที่สำคัญคือ การศึกษาของ To & Chan (2000) ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง Tomas (2001) ได้ศึกษาการจัดการความโกรธในผู้ที่มีปัญหาการแสดงความโกรธ ผล

การศึกษาพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีการแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสม Burns et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีสติและรู้ความสามารถในการรับรู้ โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco(1975) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการควบคุมความโกรธเพิ่มมากขึ้น Chan et al. (2003) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความโกรธในการลดการแสดงออกของอารมณ์โกรธในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการแสดงออกของความโกรธและเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Hagiliassis et al (2005) ที่ศึกษาประเมินผลโครงการจัดการความโกรธช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีความโกรธพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีความสามารถในการจัดการความโกรธได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัด และกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975)ร่วมกับใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีปัญหาการจัดการความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่ามีการศึกษาทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับความคิด พฤติกรรม และการตอบสนองทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธผ่านการบำบัดในรูปแบบต่างๆเพื่อจัดการความโกรธ และฝึกทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความโกรธได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เช่น Glancy & Saini (2005) ได้ทบทวนการบำบัดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พบว่าการบำบัดสามารถลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น วัยรุ่นแอฟริกันอเมริกันที่ถูกล่วงละเมิด นักศึกษาระดับปริญญาตรี รวมทั้งยังพบว่าสามารถใช้บำบัดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น ผู้ปกครองและครูที่มีอารมณ์โกรธ ผู้หญิงและผู้ชายที่ทำร้ายผู้อื่น คนขับรถที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทหารผ่านศึกเวียดนามและใช้บำบัดในผู้ที่ต้องคดี เช่น นักโทษชายที่ถูกคุมขังและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เยาวชนชายที่ถูกคุมขัง ผู้ป่วยคดี นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถนำไปใช้บำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาด้วยปัญหาความโกรธ ผลการบำบัดดังกล่าวได้ผลดี การศึกษาของ Dunbar (2004) ที่ศึกษาเรื่องการจัดการความโกรธแบบองค์รวม ใช้หลักของ Cognitive Behavior Therapy ร่วมกับ 12 แนวคิด ในผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก พฤติกรรม และสามารถจัดการความโกรธอย่างมีคุณภาพ จากการศึกษาของ Paul et al. (2002) ใช้การบำบัดความคิด (Cognitive therapy) ในการจัดการความโกรธใน

ผู้ป่วยจิตเวช พบว่าคะแนนความโกรธหลังการบำบัดลดลง และการศึกษาของ Beck & Fernandez (1998) ที่ศึกษาการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Meat-Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ที่มีปัญหาจากการแสดงความโกรธที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความสำคัญในการจัดการความโกรธได้อย่างมาก ผู้ที่ได้รับการบำบัดสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการแสดงความโกรธได้ร้อยละ 76 และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ มีความคงทนเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมีจุดเริ่มต้นมาจากความคิดต่อสิ่ง ที่มากระตุ้นก่อนที่จะเกิดความโกรธ ซึ่งความโกรธเป็นความรู้สึกหรืออารมณ์รุนแรง ความไม่พอใจ ไม่สมหวัง ความล้มเหลว ความกลัวหรือความไม่มั่นคงซึ่งความโกรธเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติ ของบุคคลในวิถีชีวิตประจำวันทั่วไป ผลของความโกรธนั้นจะช่วยเป็นพลังในชีวิตทั้งด้านบวกและ ด้านลบ ในด้านบวกนั้นถ้าบุคคลมีความโกรธแต่สามารถควบคุม จัดการกับความโกรธของตนเองได้จะ แสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และเป็นพลัง ผลักดันในการดำเนินชีวิต ส่วนในด้านลบถ้าบุคคลมีความโกรธแต่ไม่สามารถควบคุมจัดการกับความ โกรธหรือตอบสนองต่อความโกรธของตนเองได้ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความรู้สึกโกรธ ทำให้ บุคคลตกอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหา เมื่อบุคคลเก็บกดความโกรธนั้นเอาไว้ไม่แสดงออกมาตรงๆจะ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายหรือแสดงความโกรธออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ก้าวร้าว ต่อตนเอง ก้าวร้าวต่อผู้อื่นหรือต่อสิ่งของ เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรมีความประสงค์ร้ายเกิดขึ้น มุ่งที่จะ ทำร้ายหรือทำลายโดยตรง ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน การที่จะช่วยเหลือให้บุคคล ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะต้องช่วยเหลือให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์โกรธได้อย่างเหมาะสม และอีกอย่างที่น่าสนใจคือการช่วยเหลือในการปรับความคิดหรือการบำบัดทางความคิดเพราะ พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากความผิดปกติของความคิดของบุคคล เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกยั่วยู่จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดความ โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Novaco,1975; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005; Hagilliasis et al., 2005) เพราะฉะนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับ ความคิดร่วมด้วย เพราะความผิดปกติของความคิดมีผลทำให้เกิดความโกรธและแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าวออกมา ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำ ได้โดยการปรับความคิด (Dobson, 2010; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555) โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท มักจะพบความผิดปกติของความคิด (Benton, 1968; Hoptman et al., 2002; Song & Min, 2009; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) และขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของ ตนเอง (Novaco, 1975; Paivio, 1999; Jung et al,2000 ; Jung et al., 2000;chan et al.,2003)

จึงจะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการความโกรธของตนเองได้อย่างเหมาะสมและใช้การบำบัดทางความคิดร่วมด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีหรือนำรูปแบบการปรับความคิดร่วมกับการจัดการความโกรธมาใช้บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อแก้ไขปัญหาดังแต่ต้นเหตุ นั่นก็คือความคิด เพราะความคิดมีความเชื่อมโยงต่อความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิดร่วมด้วยเพราะความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการปรับความคิด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดมาพัฒนาเป็นกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยเป็นการบูรณาการระหว่างแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการปรับความคิดตามแนวคิดของ Beck (1995) มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง การบำบัดนอกจากจะช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังใช้ทักษะการจัดการความโกรธเพื่อช่วยให้อารมณ์สงบ ไม่เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์โกรธซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภททั้งทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง ต่อผู้อื่น และทางด้านการทำลายสิ่งของตามแนวคิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al.(1986) ที่เป็นพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควบคู่กันไปด้วย กิจกรรมบำบัดที่พัฒนาขึ้นอาศัยจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าตัวแปรทางความคิดย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นการบำบัดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมจึงสามารถปรับโดยการบำบัดทางความคิด กิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นตามแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ในแต่ละขั้นตอนจะใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ร่วมด้วยตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck(1995) การบำบัดทำเป็นรายกลุ่มเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากระบวนการกลุ่มจะส่งผลให้การบำบัดบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ช่วยให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ จากการนำเอาประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นมาร่วมกันแก้ไขปัญหา เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรม และพัฒนาตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Marram, 1978) การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช ซึ่งไม่เพียงแต่บำบัดรักษาทางจิต

เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ให้สามารถปรับความคิด จัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดมาบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาทางพฤติกรรมที่สำคัญ คือ พฤติกรรมก้าวร้าว จากการข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธของตนเอง (Novaco, 1975; Paivio, 1999; Jung et al, 2000 ; Jung et al., 2000; chan et al., 2003; Song & Min, 2009) และอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจคือ เกิดจากความผิดปกติของความคิด (Benton, 1968; Hoptman et al., 2002; Song & Min, 2009; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) นอกจากนี้ Beck (1976) และ Jaques & Reimer (2005) ยังได้กล่าวว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการคิดของบุคคล ซึ่งกระบวนการคิดที่ผิดปกติเป็นสาเหตุหนึ่งของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกข่มขู่ จะส่งผ่านกระบวนการความคิด

ก่อนจึงจะเกิดอารมณ์และพฤติกรรม สิ่งสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมก็คือความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งจะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความโกรธแล้วนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) ซึ่งกระบวนการคิดมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความโกรธ และการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย (Novaco, 1975; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง ญาติ และบุคคลอื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทรมานจิตใจ ความเสียหาย (Eileen & Collen, 2003) ดังนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีการจัดการความโกรธที่เหมาะสมร่วมกับการปรับความคิดร่วมด้วย เพราะความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการปรับความคิด (Dobson, 2010; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555) อารมณ์เป็นตัวสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) สิ่งเร้าที่มารบกวนบุคคลไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล (Beck, 1995) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดมาพัฒนาเป็นกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด เป็นการบูรณาการระหว่างแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการปรับความคิดตามแนวคิดของ Beck (1995) มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง การบำบัดนอกจากจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังใช้ทักษะการจัดการความโกรธเพื่อช่วยให้อารมณ์สงบ ไม่เกิดความรู้สึกหรือความโกรธ ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภททั้งทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง ต่อผู้อื่น และทางด้านการทำลายสิ่งของ

การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดเป็นกิจกรรมที่บูรณาการแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco(1975) ที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีหลักในการบำบัดคือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธที่จะนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักความโกรธ การตระหนักรู้ในตนเอง การเข้าใจอารมณ์ตนเองให้มากขึ้น และเตรียมความพร้อมในการจัดการความโกรธก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และให้เรียนรู้ทักษะการจัดการความโกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill

acquisition) 3) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ที่กล่าวว่าการปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถเรียนรู้ในการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม และระบายความโกรธออกมาอย่างเหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยไม่จำเป็นต้องเก็บกดความโกรธไว้ภายในซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ลดการแสดงออกของความโกรธออกมาภายนอกที่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวและช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมความโกรธโดยการสร้างความสงบตั้งแต่ภายใน คือ สามารถควบคุมความโกรธได้มากกว่าที่จะถูกความโกรธควบคุม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัด ช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (สมบัติ รียาพันธ์ (2552) ทำให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ หรือเรียกว่ารูปแบบของปัญหา มีประโยชน์ช่วยให้เข้าใจปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและมีระบบไม่สับสนยุ่งเหยิง ง่ายต่อการเข้าใจปัญหาที่ยุ่ยากและซับซ้อน ช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการเกิดขึ้นของปัญหาและการคงอยู่ของปัญหา

(Westbrook et al., 2007) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกสาเหตุของการเกิดอารมณ์โกรธและสร้างความตระหนักรู้ความโกรธเข้าใจรูปแบบความคิด ความสัมพันธ์ของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ และเข้าใจรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์โกรธ และสรีระ ให้ความรู้เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในได้ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรูสึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ (Paul et al.2002) ในขั้นนี้ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่มากระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ โดยให้ระบุสถานการณ์ที่เฉพาะนั้น ระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธและความเชื่อที่มีผลต่อความคิด ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการปรับความคิด และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนจากความโกรธเป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าการกำลังมีความโกรธด้วยการสังเกตปฏิกิริยาทางกายแรกเริ่มเมื่อเกิดความโกรธ ผู้รับการบำบัดจะได้รับการสอนให้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Paul et al., 2002) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ สร้างความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ทำกิจกรรมเปิดใจให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธในอดีต โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรม “คุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่” เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนตัวเองในอดีตว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่แสดงออกอันเป็นต้นเหตุมาจากความโกรธช่วยให้เกิดการยอมรับในความโกรธของตนเองและอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าความโกรธเป็นอารมณ์ธรรมชาติของมนุษย์ปกติทั่วไปเพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ชวนให้มองว่าเป็นเรื่องปกติแต่หากขาดการควบคุมและไม่รู้จักที่จะจัดการกับอารมณ์โกรธและหาวิธีป้องกันอย่างถูกวิธี ก็จะทำให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดเองและเกิดปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัญหาในที่ทำงาน และอื่นๆอีกมากมายที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการสร้างความความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหา (Responsibility for management of anger) การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน จะช่วย

เตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ และช่วยให้การบำบัดได้ผลดี (Jones & Hollin, 2004) จากนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการทำทนายผู้รับการบำบัดให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากผู้ที่ถูกความโกรธครอบงำมาเป็นผู้ควบคุมและจัดการความโกรธให้ได้ อย่าให้ความโกรธเป็นผู้ที่มาควบคุมและจัดการเรา เพื่อความสงบสุขในชีวิตและสังคม

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

การดำเนินกิจกรรมให้ผู้ป่วยเปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ กิจกรรมนี้มีประโยชน์ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Novaco (1975) และ Beck (1995) จากนั้นตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จะช่วยให้ตระหนักรู้หรือตามทันอารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยการระบุคำพูดที่แสดงถึงอารมณ์ของตนเอง หากผู้ป่วยระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์รุนแรงของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในขณะนั้นหากพบว่ามึอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างสูง จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อน โดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน เพื่อไม่ให้เกิดการรบกวนศักยภาพในการคิด (Beck, 1995 ; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนิ ล่องซุผล, 2558) การปรับความคิดเริ่มจากการหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ ช่วยตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อรวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย และกระตุ้นให้ได้คิดให้รอบด้าน คิดวิธีการแก้ไข ปัญหาหลายๆวิธีออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดอาจจะช่วยเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา ที่มีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และการฝึกทักษะการฝึกการหายใจเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) ยังทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดให้มากขึ้น ยังช่วยให้สามารถควบคุมการกระทำหรือการแสดงออกต่อสถานการณ์นั้นๆได้ อย่างรู้ตัวทุกขณะมากขึ้น (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

การดำเนินกิจกรรมเริ่มให้เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Novaco (1975) และ Beck (1995) จากนั้นตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จะช่วยให้ตระหนักรู้หรือตามทันอารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยการระบุคำพูดที่แสดงถึงอารมณ์ของตนเองหากผู้ป่วยระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์รุนแรงของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในขณะนั้นหากพบว่ามีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างสูง จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิด (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวินี ล่องชุมพล, 2558) การปรับความคิดเริ่มจากการหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ช่วยให้เห็นปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจทำให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ เป็นเทคนิคที่ใช้ลดอาการเกร็งหรือตึงที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งมักเกิดขึ้นเวลาที่โกรธ เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายอย่างรู้ตัว และสอดแทรกการเรียนรู้เปรียบเทียบให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงช่วงที่เกิดความโกรธแล้วเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกไม่สบาย กับช่วงที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อเปรียบเทียบกับตอนที่ไม่มีอาการโกรธรู้สึกว่าการผ่อนคลายทุกส่วนคลายตัว ทำให้รู้สึกผ่อนคลายอย่างแท้จริง ใช้เทคนิคนี้ในการจัดการกับอารมณ์ได้ผลดี (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ

การดำเนินกิจกรรมเริ่มให้เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเป็นไปตาม

แนวคิดของ Novaco (1975) และ Beck (1995) จากนั้นตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จะช่วยให้ตระหนักรู้หรือตามทันอารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยการระบุคำพูดที่แสดงถึงอารมณ์ของตนเองหากผู้ป่วยระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์รุนแรงของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในขณะนั้นหากพบว่ามีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างสูง จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิด (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนีย์ ล่องชุมพล, 2558) การปรับความคิดเริ่มจากการหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยใช้การถามคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริง และไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากนั้นใช้ทักษะการจินตนาการ (Visualization) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ ซึ่งเมื่อฝึกทักษะนี้แล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ถ้าสามารถนำไปใช้ในการจัดการกับอารมณ์โกรธในชีวิตประจำวันได้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรมเริ่มให้เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Novaco (1975) และ Beck (1995) จากนั้นตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จะช่วยให้ตระหนักรู้หรือตามทัน

อารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยการระบุคำพูดที่แสดงถึงอารมณ์ของตนเองหากผู้ป่วยระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์รุนแรงของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในขณะนั้นหากพบว่ามามีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างสูง จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิด (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนีย์ ล่องชูผล, 2558) การปรับความคิดเริ่มจากการหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) ซึ่งทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบสนองความโกรธด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสมคือ การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) ให้ผู้ป่วยยกสถานการณ์หรือเหตุการณ์จริงแสดงกับสมาชิกในกลุ่ม เมื่อฝึกแล้วจากการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยสามารถตอบสนองความโกรธได้อย่างเหมาะสมกล้าที่จะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ (Dunbar, 2004)

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

ให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากกระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) และใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่านการฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้บำบัดให้ผู้รับ

การบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรค ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกต่อ

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ โดยใช้กิจกรรมชื่อ “คืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ” เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดต้องการที่จะสร้างความสุขให้กับผู้รับการบำบัด เพราะผู้ที่มีความสุขมักโกรธยากและให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการที่จะทำอย่างไรให้ตนเองเป็นผู้ที่มีจิตใจสงบและเป็นผู้ที่มีความสดใสจากนั้นผู้บำบัดได้ให้ข้อปฏิบัติที่จะทำอย่างไรเพื่อเป็นการคืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ และสุดท้ายผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้บอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้รับการบำบัดรับรู้ได้หลังจากฝึกทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดครบทุกขั้นตอน ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกันผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกันและยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

จากกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ที่กล่าวมาข้างต้น ตามแนวคิดหลักเรื่องการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มีมุมมองต่อความโกรธว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้นกระบวนการคิดและการรับรู้ด้วยความไม่เป็นมิตร จึงนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้จัดการความโกรธตามแนวคิดของ Novaco (1975) ทั้ง 3 ขั้นตอน เพื่อช่วยให้อารมณ์โกรธของผู้ป่วยจิตเภทสงบลงก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนการนำแนวคิดการจัดการปรับความคิดของ Beck (1995) มาใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการความโกรธเพื่อช่วยแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ทั้ง 8 กิจกรรม จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อายุ 20-59 ปี

ตัวแปรต้น คือ การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปลดปล่อยพลังกำลังหรือแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก สีหน้าท่าทาง คำพูด หรือการกระทำอย่างรุนแรงเพื่อขจัดหรือลดความกลัว ความโกรธของตนเองไปยังบุคคลอื่นหรือสิ่งของ หรือปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดีต่างๆในใจออกมา โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เป็นการกระทำที่แสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลายพฤติกรรมที่แสดงออกอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น กลุ่มบุคคลหรือสังคมส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al.(1986) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ(2542) ซึ่งมี 4 ลักษณะคือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ

การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด หมายถึง การบำบัดโดยพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบรายกลุ่มโดยมีขั้นตอนวิธีการของการดำเนินกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการจากแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck(1995) เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินผลหลังการทดลอง(Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ผู้บำบัดจะได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 2) กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 3) กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และ 4) กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจ

ตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทราบถึงผลกระทบของความโกรธ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธเกิดการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดง ความโกรธ 3) กิจกรรมการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความ โกรธของตน

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการ ดำเนินกิจกรรม 90 นาที ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่า สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้ เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนน ระดับของอารมณ์ 3) การปรับความคิดใช้การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ โดย ใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน และการตรวจสอบ ทางเลือกอื่นๆ 4) การฝึกทักษะการฝึกการหายใจเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียด ลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาใน การดำเนินกิจกรรม 90 นาที ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่า สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้ เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนน ระดับของอารมณ์ 3) การปรับความคิดใช้การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ โดย ใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยน มุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจทำให้ ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูก ควบคุมด้วยอารมณ์ เป็นเทคนิคที่ใช้ลดอาการเกร็งหรือตึงที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่ง มักเกิดขึ้นเวลาที่โกรธ เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มุ่งเน้นให้ได้เรียนรู้วิธีเกร็งและผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายอย่างรู้ตัว และสอดแทรกการเรียนรู้เปรียบเทียบให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงช่วงที่ เกิดความโกรธแล้วเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกไม่สบาย กับช่วงที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เปรียบเทียบกับตอนที่ไม่มีควมโกรธรู้สึกว่าร่าเริงเนื้อทุกส่วนคลายตัว ทำให้รู้สึกผ่อนคลายอย่างแท้จริง

กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ 3) การปรับความคิดใช้การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ โดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) 4) การฝึกทักษะการจินตนาการ (Visualization) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ ซึ่งเมื่อฝึกทักษะนี้แล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ 3) การปรับความคิดใช้การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ โดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) 4) การจัดการความโกรธ ในกิจกรรมนี้ใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบสนองความโกรธด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับ

ความคิดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ โดยใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือก สถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่ โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อ สถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่อ อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้าง ความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) และใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่าน การฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออก ของพฤติกรรมที่เหมาะสม จากนั้นได้ให้ผู้รับการบำบัดได้นำทักษะต่างๆที่ได้ฝึกไปทดลองใช้จริงใน ชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึก

ทั้งหมด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาใน การดำเนินกิจกรรม 90 นาที เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธอีกโดยเน้นการสร้างความสุขให้ เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดเพราะผู้ที่มีความสุขมักจะโกรธยาก และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดง ความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการ ปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกัน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการดังกล่าวและ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการ จำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F 20.0 – F 20.9 ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี มี อาการทางจิตสงบ เพศชายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่ได้รับเมื่อเข้ารับ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยก ผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัด สิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถปรับความคิดและสามารถจัดการความโกรธของตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. เป็นแนวทางในการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ โดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
 - 1.4 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.5 อาการของโรคจิตเภท
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.3 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
 - 2.4 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.6 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธ
 - 3.1 ความหมายของความโกรธ
 - 3.2 กลไกการเกิดความโกรธ
 - 3.3 สาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.4 ลักษณะของผู้ที่มีความโกรธ
 - 3.5 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความโกรธ
 - 3.6 บทบาทพยาบาลในการบำบัดความโกรธ
 - 3.7 แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.1 ความหมายของแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.2 รูปแบบความคิด
 - 4.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 4.4 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.5 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.6 เทคนิคการตั้งคำถามที่ใช้ในการปรับความคิด
 - 4.7 วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.8 เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 4.9 เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการอารมณ์โกรธ
5. การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2552) กล่าวว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านการรับรู้ อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม ที่มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อย มีการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องในระยะยาว มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรืออาจมีอาการในระยะยาวแตกต่างกันได้หลายรูปแบบ

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดการรับรู้ต่อความเป็นจริงอารมณ์และพฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิดอารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายโรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สุนีย์ เกียรติงิ้วแก้ว (2554) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดการรับรู้ความจริง อารมณ์และความผิดปกติทางสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป เช่น มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2557) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางสมอง ทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ผิดแปลกไปจากความจริง

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

มานิช หล่อตระกูล (2558) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุดผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (2000) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบเป็นภาวะที่ขาดในคนทั่วไปควรมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

Fox & Kan (1996) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sandock & Sandock (2000) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจึงส่งผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำงานที่

Boyd (2005) กล่าวว่าโรคจิตเภทตามความหมายของ ICD 10 เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และพบว่าประชากรทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากมักจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการดังกล่าว

1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นการจำแนกกลุ่มอาการโดยมีเหตุผลของการจำแนกเพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติและง่ายในการวินิจฉัย (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งกลุ่มอาการความแปรปรวนจิตเภทได้แก่อาการผิดปกติด้านความคิดอาการหลงผิดประสาทหลอนการพูดไม่สอดคล้องพฤติกรรมคงรูปแบบเดิมอาการด้านอารมณ์ที่เรียกว่าอาการด้าน Negative และพฤติกรรมทั่วไปเปลี่ยนไปจากเดิมรายละเอียดกลุ่มอาการมีดังต่อไปนี้

1.2.1 อาการผิดปกติด้านความคิดได้แก่การมีความคิดสะท้อน (Thought echo) มีผู้นำความคิดมาใส่ให้หรือมีผู้ถอนความคิดไป (Thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไป (Thought broadcasting)

1.2.2 อาการหลงผิด (Delusions) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่งหลงผิดคิดว่าตัวเองถูกควบคุมมีสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหวหรือไม่ให้เคลื่อนไหวหลงผิดคิดว่ามีผู้ควบคุมความคิดของตนการกระทำของตนการรับรู้ของตน

1.2.3 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ผิดปกติแสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆจากการสนองตอบการรับรู้ผิดๆนั้น

1.2.4 มีความหลงผิดอื่นๆอย่างต่อเนื่องความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนาเช่นหลงผิดคิดว่าสามารถควบคุมอากาศให้มีความร้อนเย็นได้

1.2.5 มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่องและมีอาการหลงผิดร่วมด้วยเกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

1.2.6 มีการพูดที่ไม่สอดคล้องกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น (Incoherence or irrelevant speech) หรือทำให้เกิดการสร้างภาษาใหม่ขึ้น (neologism)

1.2.7 มีพฤติกรรมคงรูปแบบเดิม (Catatonic Behavior) เช่นพฤติกรรมตื่นแต่ไม่เคลื่อนไหวพฤติกรรมคงรูปแบบเดิมคือเมื่อจับให้ผู้ป่วยอยู่ท่าใดก็จะคงอยู่ในท่านั้นคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) พฤติกรรมต่อต้าน (negativism) การรู้สึกตัวน้อย (stupor)

1.2.8 อาการ Negative คือภาวะไร้อารมณ์ไม่สนใจสิ่งใดๆอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ราบเรียบแยกตัวจากสังคมพฤติกรรมด้านสังคมเสื่อมลงซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ต้องแยกออกจากภาวะซึมเศร้า

1.2.9 พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไปแสดงให้เห็นได้คือไม่มีความสนใจในสิ่งใดๆ (loss of interest) ไม่มีจุดมุ่งหมาย (aimlessness) เกียจคร้าน (idleness)

ในการวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นจิตเภทบุคคลนั้นต้องมีอาการในข้อ 1.2.1 ถึง 1.2.4 ที่ชัดเจนหนึ่งอาการหรือถ้าอาการไม่ชัดเจนต้องมีอย่างน้อยสองอาการหรือมากกว่าสองอาการขึ้นไป และมีอาการในกลุ่ม 1.2.5 ถึง 1.2.8 ตลอดเวลาอย่างน้อยสองอาการในระยะเวลาหนึ่งเดือนถ้ามีอาการที่เข้าเกณฑ์แต่ระยะเวลาน้อยกว่าหนึ่งเดือนก็ให้วินิจฉัยว่า Schizophrenie-like psychotic disorder

1.3 การวินิจฉัยแยกโรค มีการวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.3.1 โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด (Psychotic disorder due to another medical condition, substance/medication-induced psychotic disorder) ผู้ป่วยจะยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองและรู้สึกทุกข์ใจต่ออาการที่เกิดขึ้น ลักษณะที่บ่งชี้ เช่น อายุมาก อาการเกิดขึ้นเร็ว มีประวัติโรคทางกาย การใช้ยาหรือสารเสพติด ตรวจร่างกายพบความผิดปกติ

1.3.2 โรค Brief psychotic disorder ผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับโรคจิตเภทได้ แต่ระยะเวลาเป็นอย่างน้อย 1 วัน และไม่เกิน 1 เดือน อาจมีความเครียดเป็นตัวกระตุ้นได้

1.3.3 โรค Schizophreniform disorder ผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับโรคจิตเภท แต่ระยะเวลาที่เป็นเกิน 1 เดือน และน้อยกว่า 6 เดือน

1.3.4 โรค Schizoaffective disorder ผู้ป่วยมีทั้งอาการของโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นซึมเศร้าหรือ mania โดยมีช่วงที่มีอาการโรคจิตอย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

1.3.5 โรค delusional disorder ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเด่น นานอย่างน้อย 1 เดือน อาจมีประสาทหลอนได้แต่ไม่เด่น และมีเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดหลงผิด ไม่พบการทำหน้าที่บกพร่องหรือพฤติกรรมที่แปลกประหลาดอย่างชัดเจน

1.3.6 กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) และกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar and related disorder) ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงที่มีอารมณ์ผิดปกติ (mood congruent) ส่วนโรคจิตเภทพบอารมณ์ผิดปกติได้ แต่เป็นระยะสั้น

1.4 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้ แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันโดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทโดยชื่อว่า Vulnerability Stress Model of Schizophrenia (Zubin & Sping, 1977 อ้างในสมพรรุ่งเรืองกลกิจ, 2546) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพและสิ่งแวดล้อมทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทซึ่งความเสี่ยงขึ้นอยู่กับความอ่อนแอของแต่ละ

บุคคล ปัจจุบันนี้ปัจจัยที่ได้รับการตั้งสมมติฐานว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้ (กนกวรรณ ลีมีศรีเจริญ, 2558)

1.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor Model)

1.4.1.1 พันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมีโอกาสเกิดโรคสูง ผลการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติพบว่า ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 1 พี่น้องของผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 8 ลูกที่บิดาหรือมารดาป่วย (One parent) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วย (Dizygotic twins) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 ลูกที่บิดาและมารดาป่วย (Two parent) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 40 คู่แฝดไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วย (Monozygotic twins) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 47

1.4.1.2 สารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ dopamine มีสมมติฐานว่าโรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ mesolimbic และ mesocortical tract (D2receptor) สารสื่อประสาทชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น serotonin พบว่า serotonergic activity (โดยเฉพาะ 5-HT2Areceptor) และ norepinephrine ทำงานมากเกินไป สำหรับ gamma-aminobutyric acid (GABA) ถ้าทำงานน้อยลง dopamine ทำงานมากเกินไป นอกจากนี้ยังมี glutamate ซึ่งมี NMDA (N-methyl-D-aspartic acid) receptor ทำงานน้อยลง รวมทั้ง acetylcholine และ nicotine ทำงานน้อยลง

1.4.1.3 ประสาทกายวิภาค พบ ventricle และ sulci โตกว่าปกติ มี cortical atrophy โดยเฉพาะบริเวณ limbic และ thalamus พบว่าปริมาณและน้ำหนักของสมองน้อยกว่าปกติ

1.4.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าสมองมีสภาพ hypofrontality คือ cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe ตรงส่วน prefrontal cortex และบางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

แนวคิดปัจจุบันมองว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ

1.4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family Factors Model) ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (High Expressed Emotion: high EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) เกลียดชังไม่เป็นมิตร (hostility) และจู้จี้ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป (emotional overinvolvement) มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท

1.4.3 ปัจจัยทางสังคมผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบว่าอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม และ

การที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตอยู่ตลอดเวลาอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ (social drift) หรือสภาพทางสังคมที่กดดันอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น (social causation)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-Diathesis Model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางอย่างจึงทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนั้นอาจเป็นปัจจัยทางชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มานิช หล่อตระกูล , 2558)

1.5 อาการของโรคจิตเภท

กลุ่มอาการของโรคจิตเภทมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) และกลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.5.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ประกอบด้วยอาการ ดังนี้

1.5.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ถูกต้องได้โดยการใช้เหตุผล ในผู้ป่วยจิตเภทอาการหลงผิดมักแปลกประหลาด ซึ่งบางชนิดพบได้บ่อยที่เรียกว่า Schneider's first-rank symptoms ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอกบางอย่าง (Delusion of control)
- 2) ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง (Thought withdrawal)
- 3) ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดในสมองของตนเองเป็นความคิดของคนอื่นที่ใส่เข้ามา (Thought insertion)
- 4) ผู้ป่วยเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนเอง (Thought broadcasting)

1.5.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย อาการหูแว่วที่ใช้วินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจาก DSM-IV-TR จะเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือเป็นเสียงพูดคุยกันของคนสองคนหรือมากกว่านั้น

1.5.1.3 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thinking and speech) ผู้ป่วยจะขาดการเชื่อมโยงความคิดและคำพูดจะไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว อาจพูดเป็นคำๆ โดยไม่เป็นประโยคที่รู้เรื่องหรือไม่เรียง ประธาน กริยา กรรม (Word salad) หรือการพูดที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันจนฟังไม่เข้าใจในเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูด (Incoherence)

1.5.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Behavioral disturbance) เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวายไม่อยู่นิ่ง มีพฤติกรรมแปลกๆที่ทำซ้ำๆโดยไม่มีจุดหมาย (Stereotyped behavior) ไม่สนใจดูแลตนเอง สกปรก แต่งกายแปลกๆมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.5.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) ประกอบด้วยอาการ ดังนี้ (อัจฉราพร สิริรัฐวงศ์ และคณะ, 2557)

1.5.2.1 อารมณ์เรียบเฉย (Affective flattening) คือ การแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงรวมทั้งมีอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate affect) สีหน้าผู้ป่วยจะราบเรียบเฉยๆไม่แสดงอารมณ์ใดๆออกมาทางสีหน้า การเคลื่อนไหวแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบลดลง การแสดงออกทางท่าทางเพียงเล็กน้อย ไม่ค่อยสบตา น้ำเสียงราบเรียบ

1.5.2.2 พุดน้อยหรือไม่พุด (Alogia) ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพุด ตอบสั้นๆ ไม่ค่อยมีเนื้อหาสาระหรือพุดแล้วหยุดเงียบไป

1.5.2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น ขาดความทะเยอทะยาน ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความหวังตั้งใจที่จะทำกิจกรรมใดๆ ผู้ป่วยจะอยู่เฉยๆไม่ทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

1.5.2.4 ขาดความสุข (Anhedonia) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุขสนุกสนาน ขาดความร่าเริงเบิกบานใจในการทำกิจกรรมหรือทางสัมพันธ์ภาพกับใครๆ ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือไม่ค่อยมีกิจกรรมบันเทิงใจและกิจกรรมทางเพศ ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่แสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับใคร

1.5.2.5 ขาดความตั้งใจ (Attention deficits) ไม่สามารถที่จะมุ่งความสนใจให้แน่วแน่อยู่ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้

1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความซับซ้อน สาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว การบำบัดรักษาจึงใช้การผสมผสานหลายๆ วิธีเข้าด้วยกันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.6.1 การรักษาแบบผู้ป่วยใน ควรทำในกรณีผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ เกิดผลข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือรักษาไม่ยอมกินยา ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าววุ่นวายอย่างมาก มีอาการของโรคทางกายหรืออาการทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัย ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หรือมีปัญหาในการวินิจฉัยโรค

1.6.2 การรักษาด้วยยา

1.6.2.1 ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา เพื่อควบคุมอาการทางจิตและช่วยลดอาการกำเริบ แบ่งเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม typical และกลุ่ม atypical การเลือกชนิดยาควรคำนึงถึงผลข้างเคียงของยา การยอมรับยา ราคา ประวัติเคยตอบสนอง

ต่อการรักษาและสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย เมื่อเลือกชนิดยาแล้วควรให้ยาในขนาดที่เหมาะสมหรือขนาดสูงสุดในการรักษาติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ ก่อนจะประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล หลังจากนั้นจึงเลือกให้ยาชนิดอื่นแทน หากผู้ป่วยไม่กินยา ควรใช้ยาชนิดที่มีฤทธิ์นาน (long acting) ทุก 2-4 สัปดาห์

การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute) เพื่อช่วยลดอาการทางจิตและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเริ่มยาจากขนาดต่ำๆ เพราะหากเกิดอาการข้างเคียงจากยาแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการรักษา ควรค่อยๆปรับเพิ่มขนาดยาจนถึงขนาดที่ควบคุมอาการได้

2) ระยะทำให้คงที่ (Stabilization) เพื่อควบคุมอาการและลดโอกาสที่อาการจะรุนแรงขึ้น หลังจากอาการสงบแล้ว ต้องได้รับยาขนาดเดิมต่อเนื่องอีก 6 เดือน

3) ระยะคงที่ (Maintenance) เพื่อป้องกันการกำเริบและส่งเสริมการฟื้นฟูทางจิตเวชโดยให้ยาขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกจะพิจารณาหยุดยาเมื่อไม่มีอาการเลยอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

ขนาดยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไขบ่อย ได้แก่ ชนิดเม็ด chlorpromazine ขนาด 500-1000 มิลลิกรัม ต่อวัน perphenazine ขนาด 8-64 มิลลิกรัม ต่อวัน haloperidol ขนาด 5-20 มิลลิกรัม ต่อวัน risperidol ขนาด 2-8 มิลลิกรัม ต่อวัน ชนิดฉีด fluphenazine decanoate ขนาด 12.5-100 มิลลิกรัม ทุก 2-4 สัปดาห์ haloperidol ขนาด 50-30 มิลลิกรัม ทุก 4 สัปดาห์

1.6.2.2 ยาในกลุ่มอื่น เช่น ยา benzodiazepine มีประโยชน์สำหรับช่วยสงบอาการในระยะสั้น ยาต้านเศร้า (antidepressant) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา มีอาการรุนแรงมาก การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นนอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด คาทาโทเนีย (Catatonia) แบบงุนงงสับสน หรือตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

1.6.4 การรักษาทางจิตใจและสังคม (Psychosocial treatment) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้อาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมยังคงมีอยู่ หากผู้บำบัดรักษาไม่ได้สนใจให้ความช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บำบัดรักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น ควรทำ

ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ผู้บำบัดรักษาควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย วางตนให้เหมาะสม แนะนำอย่างตรงไปตรงมา รวมทั้งปรับลักษณะสภาพแวดล้อมให้ถูกระตุ้นน้อยมีความเครียดน้อย ละมีการสนับสนุนช่วยเหลือเต็มที่การรักษาด้านจิตสังคมมีหลายรูปแบบขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้แก่

1.6.4.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยรับฟัง แสดงความเห็นใจ และให้กำลังใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

1.6.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างดี

1.6.4.3 การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค (Psychoeducation) ควรอธิบายแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคจิตเภท ลักษณะอาการ สาเหตุ การรักษา โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยาและประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจตัวโรค คอยสังเกตอาการเตือน และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้

1.6.4.4 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.6.4.5 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมภายในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม การจัดสถานที่ให้น่าอยู่ การบริหารแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปรับตัวให้เหมาะสม และเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลมีความผิดปกติทางความคิดไม่อยู่กับความเป็นจริง และการตัดสินใจบกพร่อง การจัดสิ่งแวดล้อมควรคำนึงถึงความปลอดภัย การดูแลทางด้านร่างกาย และความต้องการพื้นฐาน การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจ ผู้บำบัดบางคนเชื่อว่าการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมเป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่เสนอแนะว่าการรักษาด้วยยาจะได้ผลมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม และการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเดิมของผู้ป่วย และที่สำคัญเพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายและการทำร้ายผู้อื่น แก่ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรืออ่อนวาย ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยมีเวลาฟื้นฟูและปรับตัวในการดูแลตนเองและไม่รบกวนผู้อื่น (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคมการพูดยาวๆ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือน และทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.7.1 การพยาบาลด้านร่างกาย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหารเช้า ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุน่ขี้ผึ้งอาจมีกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนานๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ก็อาจมีปัญหาเกิดการกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง จึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนานๆ กิจกรรมที่จัดให้ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ตามสมควร

1.7.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลจะต้องทำคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.7.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดของผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูดสังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย

1.7.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความเป็นจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอก

ในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

1.7.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ อาการผิดปกติด้านอารมณ์ที่ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิด ไม่พอใจ พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.7.4 การพยาบาลด้านสังคม การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขแม้ว่าจะจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยและ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ให้การพยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ใจ และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2558) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นปฏิบัติการทางคำพูดหรือการกระทำที่โต้ตอบความรู้สึกโกรธหรือผิดหวังอย่างรุนแรง มุ่งที่จะให้เกิดผลต่อบุคคลและสิ่งอื่นๆรอบตัว หรือหันเข้าหาตัวเอง

พิชญวดี จิตตโรภาส และมนต์ สูงประสิทธิ์ (2558) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่มีคำพูดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือมีแนวโน้มที่จะกระทำการก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน

ศุภโชค สิงห์กันต์ (2558) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ พัฒนาการที่ผิดปกติ หรือภาวะขาดแคลน

Yudofsky et al. (1986) ให้ความหมายของโดยพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการกระทำที่แสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลาย ซึ่งแสดงออกของพฤติกรรมใน 4 ลักษณะคือพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายคนอื่น และด้านการทำลายสิ่งของ

Videbeck (2002) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่ทำร้ายหรือทำให้บุคคลอื่นได้รับบาดเจ็บเกี่ยวเนื่องถึงพฤติกรรมการทำลายทรัพย์สิน นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวยังหมายถึงความเสียหายหรือการทำให้บุคคลอื่นได้รับบาดเจ็บด้วย แรงขับบางอย่าง

Hamolia (2005) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการแสดงออกทางการต่อต้าน ทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย บุคคลที่ควบคุมตนเองไม่ได้มักจะระเบิดอารมณ์โกรธออกมา ซึ่งจะแตกต่างจากพฤติกรรมปกติของเขา

สรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว เป็นการแสดงออกทางการต่อต้านเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ จึงแสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเอง ต่อร่างกายคนอื่น และด้านการทำลายสิ่งของ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ และทรัพย์สินเสียหาย

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

มีนักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) นักจิตวิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีแรงขับและ ทฤษฎีพุทธิปัญญา

ทฤษฎีแรงขับ (Drive theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของมนุษย์เกิดจากแรงขับของสัญชาตญาณมนุษย์จะรู้สึกทนทุกข์ทรมานถ้าไม่ได้ระบายแรงขับของความก้าวร้าวออกมาอย่างเต็มที่ (ฐิตวัฒน์ หงส์กิตติยานนท์, 2558)

ทฤษฎีพุทธิปัญญา (Cognitive theory) การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการคิดของบุคคล เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกยั่วยุ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์ขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Beck, 1976) นอกจากนั้นยังอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจ ก็จะสู้อหรือถดถอยหรือระบายออกมา ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ถ้าสะสมไว้และใช้กลไกทางจิตแบบเก็บกด (Repression) ทำให้เพิ่มพูนความไม่พอใจ ถ้าระบายออกมามากเกินไปก็จะแสดงความก้าวร้าวออกมา (Harper-Jaques and Reimer, 2005)

2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory)

Bandura (1997) ได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้

1) การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดจากการเรียนรู้ 2 ลักษณะ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้
ลักษณะแรก คือ การสังเกต เรียนรู้จากตัวแบบ เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมและเรียนรู้วิธีการในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้อื่น Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้จากการสังเกตเป็นกระบวนการทางปัญญาร่วมด้วยโดยบุคคลจะคาดหวังผลที่จะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ความคาดหวังจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญ ลักษณะที่สองคือ เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงคือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับรางวัลหรือเสริมแรง

2) ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ประสบการณ์การเรียนรู้จากอิทธิพลของตัวแบบทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์สถานการณ์จำลองหรือสถานการณ์จริงก็ตาม สิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การต่อสู้ การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกเหยียดหยามหรือการถอดถอนแรงเสริม สถานการณ์เหล่านี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจหรือความโกรธซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวยังเกิดจากสิ่งจูงใจ ส่วนใหญ่พฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลเกิดจากความคาดหวังผลในทางบวก ตัวกระตุ้นคือ แรงเสริมที่บุคคลคาดหวัง ส่วนการควบคุมด้วยการสอนในการอบรมเลี้ยงดูนั้นบุคคลถูกฝึกให้เชื่อฟังกฎระเบียบต่าง ๆ ผู้ฝึกจะให้รางวัลแก่การเชื่อฟังและการลงโทษแก่การไม่เชื่อฟัง วิธีการลงโทษที่รุนแรงย่อมทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เพราะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและเห็นตัวแบบที่ก้าวร้าวด้วย

3) การเสริมแรงของความก้าวร้าว แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ เสริมแรงภายนอก เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับแรงเสริม พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นจะคงอยู่ แรงเสริมที่ได้จากการสังเกต บุคคลจะสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวแบบที่ได้รับรางวัลมากกว่าตัวแบบที่ไม่ได้รับรางวัล ดังนั้นตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและได้รับรางวัลจะเป็นตัวแบบที่มีประสิทธิภาพ แรงเสริมที่ได้จากการสังเกตจะทำหน้าที่ให้ข้อมูล และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตาม และแรงเสริมที่เกิดจากตนเอง ได้แก่ การลดค่าหรือศักดิ์ศรีของผู้อื่น เช่น การพุดนินทาหรือการตำหนิตีติคนอื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น เกิดความพึงพอใจที่ระบายความคับข้องใจได้จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

พอสรุปได้ว่า การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคล เป็นผลมาจากการสังเกตการณ์เอาอย่าง การลอกเลียนแบบ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงร่วมกับการได้รับการเสริมแรง จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural theory)

สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละสังคมจะกำหนดว่าลักษณะการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวใดที่สังคมยอมรับและลักษณะใดที่สังคมไม่ยอมรับ (ฐิตวัฒน์ หงส์กิตติยานนท์, 2558) โดยมีกฎหมายเป็นบทลงโทษสำหรับผู้

ที่ละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในสังคมและดูแลความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ในทางตรงกันข้ามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละสังคมมีส่วนในการขัดขวางการแสดงออกของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นการแสดงถึงความสมบูรณ์ด้านอารมณ์ของบุคคลจึงเป็นสาเหตุนำไปสู่ปฏิบัติการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม วัฒนธรรมที่ให้แรงเสริมกับพฤติกรรมก้าวร้าวจะส่งผลทำให้การแสดงความโกรธไปในทางการทำลาย ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีหลายปัจจัย เช่น ทักษะคิดเกี่ยวกับการทำงาน การศึกษา สื่อต่างๆ ศาสนา ท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ปัญหาการว่างงาน เชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมความแออัดของชุมชน และอุณหภูมิความร้อนของอากาศ ล้วนมีอิทธิพลต่อการเกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

2.3 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ธีระ สีสานันทกิจ (2541) ได้แบ่ง สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ออกเป็น 2 สาเหตุคือ 1) สาเหตุที่เกิดจากภายในตัวบุคคล ได้แก่ โรคต่างๆที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของร่างกาย (organic cause) ที่พบได้บ่อย เช่น ได้รับอันตรายต่อศีรษะ ลมชัก เนื้องอกในสมอง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ โรคปัญญาอ่อน พิษของสารเสพติด เช่น บาบิบูเรตแอมเฟตามีน เป็นต้น และโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของจิตใจ เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน ภาวะเมเนีย (Mania) ภาวะซึมเศร้า 2) สาเหตุที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล เชื่อว่าเป็นผลมาจากสภาวะแวดล้อมสังคมและวัฒนธรรม อันอาจมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่งอาจแบ่งได้ดังนี้ 1) สภาพครอบครัวและการเลี้ยงดู เช่น สภาพครอบครัววุ่นวายไม่สงบสุข เด็กที่ขาดพ่อแม่เลี้ยงดู พ่อแม่ไม่มีความเสมอต้นเสมอปลาย เด็กจะสับสน การเลี้ยงดูแบบนี้ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว และถ้าสิ่งเร้ามากระทบจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา 2) การเลียนแบบ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีรูปแบบพฤติกรรมใหม่ เด็กอาจจะลอกเลียนแบบภาพยนตร์ โทรทัศน์ที่ชื่นชอบส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว 3) สาเหตุอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น สภาวะแวดล้อมบางอย่าง เช่น อากาศเสีย ความแออัดเหยียดของสังคม ความร้อน เป็นต้น บุคคลจะมีอารมณ์โกรธได้ง่ายกว่าปกติ ในคนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากๆ อาจจะก่อพฤติกรรมรุนแรงขึ้นได้

ศุภโชค สิงห์กันต์ (2558) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่พบบ่อยของพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ โรคทางจิตเวชโดยพบพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ่อยใน โรคจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar and related disorders) บุคลิกภาพผิดปกติ antisocial แบบ Paranoid อาการทางจิตเวชเนื่องจากการปรับตัว ภาวะบกพร่องทางเขาวัวปัญญา โรคทางกายที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ โรคทางสมองและระบบประสาท เช่น ภาวะแพ้ ภาวะสมองเสื่อม (Major neurocognitive disorders) การติดเชื้อ การชัก โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บของศีรษะ โรคทางเมตาบอลิก (metabolic syndrome) เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน ผู้ป่วยที่

มีใช้สูง ผลของสารต่างๆเป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ยาบางชนิด สุรา ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท สารเสพติดชนิดหลอนประสาทหรือกระตุ้นประสาท รวมถึง Steroid

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลมาจากความโกรธที่ท่วมท้น (extreme anger) และความกลัว สาเหตุที่บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละคนจะแตกต่างกัน พยาบาลมีความสำคัญมากที่จะต้องสื่อสารและสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ โดยทั่วไปแล้วความโกรธเกิดขึ้นจากสิ่งคุกคาม ซึ่งอาจคุกคามต่อร่างกายและความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ตระหนักในสิ่งที่มาคุกคาม จึงเป็นสาเหตุของความโกรธ

Novaco (1975) กล่าวถึงสาเหตุที่ของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวว่า เกิดจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ต่างๆที่มากระตุ้นว่าเป็นสิ่งคุกคาม กระบวนการคิดที่ผิดปกติจากการประเมินสถานการณ์นี้จะนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธจนควบคุมไม่ได้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาและมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

จากการศึกษาถึงปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ พยาธิสภาพทางจิตใจ สิ่งแวดล้อม และเกิดจากความกดดันทางสังคมไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งสาเหตุทางด้านจิตใจได้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการอยู่ในระยะเฉียบพลัน (Barnett, 2002) อยู่ในภาวะสับสน มีความคิดหลงผิดหวาดระแวง กลัวคนทำร้าย มีอาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าคนอื่น (ดวงตา กุศลรัตนญาณ, 2541) และสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น ความปลอดภัยของสถานที่ (Chou et al., 2002) ความแออัด (Lanza et al., 1994) กฎระเบียบที่เคร่งครัดทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นอิสระ การจำกัดบริเวณ ก็อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่ง Tam, Engelsman & Fugere (1996) ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยในสถาบันฮัลแลนเมโมเรียน (Allan Memorial Institute) ประเทศแคนาดา ในเวลา 1 ปี พบว่า ในช่วงเวลากลางวันผู้ป่วยไม่ได้ออกนอกบริเวณหอผู้ป่วย (Lock inpatient unit) ผู้ป่วยจิตเวชมักจะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยทำให้ดูแลได้ไม่ทั่วถึงพฤติกรรมแสดงออกต่อผู้ป่วยของบุคลากรไม่เหมาะสม เช่น การแสดงท่าที่ยั่วยุ ล้อเลียน เพิกเฉย (จิตจางง ผลพฤษา, 2540) หรือการพูดของบุคลากรที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกรังแก (มานิช หล่อตระกูล, 2543) การไม่รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วย (Burrow, 1994) การตำหนิผู้ป่วย การบังคับและการข่มขู่ผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยกลัว นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยสามารถเกิดจากความกดดันทางสังคมและไม่สามารถควบคุมความโกรธของตนเองได้ (Chan, Lu, Tseng & Chou, 2003) เนื่องจากความผิดปกติในกระบวนการคิด การรับรู้ ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ร่วมกับไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ การควบคุมอารมณ์การมองตนเองและผู้อื่นแคบ พูดถึงตนเองด้านลบ รวมทั้งขาดทักษะในการแก้ปัญหา (Chen, 1997, Schwartz & Park, 1999; Paivio, 1999; Jung, 2000;

Chen et al., 2003) มีรายงานว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบมากและบ่อยที่สุดคือ ความโกรธ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในการควบคุมความโกรธจะมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้ รวมทั้งในโรงพยาบาลและในสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยและสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง (Lejoyeux et al., 2013) การใช้สารเสพติด การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา (Swart et al., 1998; Martell et al., 1995) การมีประวัติถูกระงับทางเพศ (Lejoyeux et al., 2013) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว (Cheung et al., 1997; MacArthur, 2001 อ้างถึงใน Lejoyeux et al., 2013) อาการทางบวก (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; Song, & Min, 2009) ความรุนแรงของอาการหลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์ทางลบ เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า (Cheung et al., 1997 อ้างถึงใน Lejoyeux et al., 2013) โดยเฉพาะประสาทหลอนทางการได้ยินที่มีเสียงสั่งให้กระทำอันตรายหรืออาการหลงผิดว่าคนอื่นปองร้าย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) ความกดดันทางสังคม การตำหนิผู้ป่วย การไม่ยอมรับผู้ป่วย (Chan, Lu, Tseng, and Chou, 2003 อ้างถึงใน กัญญาวรรณ ระเบียบ, 2555) ความผิดปกติของกระบวนการคิด (Benton, 1968; Hoptman et al., 2002 อ้างถึงใน Song & Min, 2009; Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) และขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธ (Jung et al., 2000; Paivio, 1999; Jung et al., 2000; Chan et al., 2003 อ้างถึงใน กัญญาวรรณ ระเบียบ, 2555)

2.4 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช

ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้นำเสนอลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่คล้ายกัน โดย ธีระ ลีลานันทกิจ (2541) ได้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด ได้แก่ ใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์พูดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดโต้ตอบพูดด้วยน้ำเสียงห้วนๆ พูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกน ดุด่า คุกคาม ช่มชู้ ต่อสิ่งที่เป็นตัวเหตุ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่มีความผิดหรือไม่มีตัวตนก็ได้ พูดจนเสียงแหบ คอแห้ง

2) พฤติกรรมก้าวร้าวแสดงออกทางร่างกาย มีสีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตรท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกิน การนอน การขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง และได้แบ่งพฤติกรรมแสดงออกทางร่างกายออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ ทบทำลายสิ่งของ จุดไฟเผาปิดประตูเสียงดัง 2) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนอื่น เช่น ทะเลาะวิวาททำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่นโดยการกัด ตี เตะ ผลัก ถ่มน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ และ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวทำ

ร้ายตนเอง เช่น การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง จุดไฟเผาตนเอง ดึงผม ศีรษะโขลกพื้น ทิ้งตัวลงพื้นหรือสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

งานวิจัยนี้ใช้การอธิบายลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดของYudofsky et al. (1986) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการกระทำที่แสดงออกของแรงขับก้าวร้าวเพื่อการทำลายของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้นำเสนอลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทใน 4 ลักษณะดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดตำหนิติเตียน วิพากษ์ วิจารณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ชู ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พุดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆเสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระทบกระทั่งกัน พุดวาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนดุด่า เป็นต้น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การดึงเส้นผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การจุดไฟเผาตนเอง การทิ้งตัวลงพื้นหรือวิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น ได้แก่ การหาเรื่องวิวาท ทำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่น โดยการ กัด ตี เตะ ผลัก ป่วนน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำลายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

4. พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผาสิ่งของ ปิดประตูเสียงดัง เป็นต้น

สรุปลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช มีการแบ่งโดยใช้แนวคิดที่แตกต่างกัน Yudofsky และคณะ (1986) ที่แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะคือพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าวด้านทำลายสิ่งของ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็น 4 ลักษณะ ตามแนวคิดนี้ เพราะได้ให้รายละเอียดของพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงที่แสดงออกได้ชัดเจน และครอบคลุม

2.5 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งในประเทศและต่าง ประเทศ พบว่า ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น มีวิธีการในการประเมิน หลายรูปแบบ แตกต่างกันไป ซึ่งส่วนใหญ่ นักวิชาการจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ และตนเองสนใจเป็นหลัก ทำให้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่ใช้ในปัจจุบันยังมีความแตกต่างกันออกไป และส่วนใหญ่จะนำแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชซึ่งในการประเมินพฤติกรรมโดยรวมของผู้ป่วยมาใช้โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจง ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเพียงด้านเดียว ดังจะเห็นได้จากแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (กชพงศ์ สารการ, 2542) ซึ่งจะกล่าวดังต่อไปนี้

2.5.1 Nurse' Observational Scale for Inpatient Evaluation: NOSIE (Swett & Mills, 1997) ประกอบด้วยแบบสังเกต 30 ข้อ มีรายละเอียดเกี่ยวกับด้านบวก ได้แก่ ความสามารถ

ในการอยู่ในสังคม (Social interest) ความเป็นระเบียบเรียบร้อย (Neatness) ส่วนอาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดง่าย (irritability) อาการทางจิต (psychosis) การทำงานของระบบประสาทสั่งงานเสื่อม (motor retardation)

2.5.2 The Brief Psychiatric Scale: BPRS (Overall and Gorham, 1962) เป็นการประเมินความผิดปกติทางจิตในด้านต่างๆ ดังนี้ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) ความรู้สึกหวาดระแวงมีคนมุ่งร้าย (suspiciousness) ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) ความตึงเครียด (tension) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunt affect) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแบบประเมิน The Brief Psychiatric Scale: BPRS มาประยุกต์ใช้ในการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช

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

2.5.4 แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (กชพงศ์ 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 พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ ในการสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยประเมินตามลักษณะและพฤติกรรมตามที่สังเกตได้

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของ กชพงศ์ สารการ (2542) ที่แปลมาจากแบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) เนื่องจากแบบวัดนี้มีองค์ประกอบและโครงสร้างเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท และยังพบว่ามียุทธศาสตร์ที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้

2.6 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่วุ่นวายนั้นอยู่ที่ว่าวิธีการที่ใช้สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมตนเองได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบ ด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องทำอย่างรวดเร็วและระมัดระวัง การประเมินเป็นการประเมินเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic assessment) และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาในขณะนั้น ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกต สัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมในขั้นนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีนัยน์ตาแข็งกร้าว หน้าแดง เหงื่อออก กำมือแน่น ร่างกายเกร็ง เคลื่อนไหวไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ หงุดหงิดฉุนเฉียว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำอันตรายตัวเอง ฆ่าตัวตาย เป็นต้น (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544)

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่จะนำผลการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง นำมาวินิจฉัยปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางการพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ขั้นตอนระบุปัญหานี้ เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป ก็คือ “ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียการรับรู้” “ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับอันตราย เนื่องจากปฏิเสธการพักผ่อน น้ำ อาหารและยา” “ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเนื่องจากได้ยินเสียงคนสั่งให้ปฏิบัติ” (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) “ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการทะเลาะวิวาท ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากขัดแย้งกับผู้อื่น ไม่เป็นมิตร ทศนคติต่อผู้อื่นไม่ดี ขาดความยืดหยุ่น” (ฐิติวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558)

3) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลว่า มุ่งเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่น และเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับปัญหาการพยาบาล (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544)

4) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือที่มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์และบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและภายใต้การจำกัดของเวลา พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลง มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา รวมทั้งสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นขั้นตอนใน

การปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช พฤติกรรมรุนแรงตามลำดับความจำเป็นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของความรุนแรงรู้สึกและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลง (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้

การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ถ้าใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เริ่มจะมีความโกรธ (ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558) เป็นวิธีที่ทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นการจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ท่าทีของพยาบาลควรสงบ (Calm) และมั่นคง (firm) เคลื่อนไหวอย่างผ่อนคลาย แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และพร้อมที่จะช่วยเหลือ สบตาผู้ป่วยเวลาพูด แต่ไม่ควรจ้องหน้าทำท่าย เพราะอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น (ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558) พยาบาลจะต้องพูดกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่กระชับ ชัดเจน ให้ผู้ป่วยหยุด บอกให้รู้ว่าจะทำอะไรต่อไปถ้าผู้ป่วยไม่หยุดพฤติกรรมก้าวร้าว (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) พยาบาลควรคุมอารมณ์ของตัวเองไว้ ไม่ว่าจะรู้สึกอย่างไร อย่าแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลกลัวเขา หรือกำลังก้าวร้าวใส่เขาเพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยคนเดียวควรมีเพื่อนเข้าไปด้วย เพราะตามสัญชาตญาณ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาได้เปรียบผู้ป่วยจะอาละวาดรุนแรงยิ่งขึ้น พยาบาลควรยืนห่างผู้ป่วยพอสมควร เพราะถ้าเข้าไปใกล้ผู้ป่วยมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าถูกจู่โจมทำร้ายเขา ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น และทำร้ายเจ้าหน้าที่ได้ และควรตระหนักถึงท่าทางของพยาบาลที่จะก่อให้เกิดผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น 1)การยื่นเอามือเท้าเอว อาจมองดูเหมือนพยาบาลวางอำนาจ 2) การยื่นเอามือไขว่กันไว้ข้างหน้า อาจแสดงถึงความกลัวหรือความวิตกกังวลของพยาบาล 3) ยื่นเอามือไขว่หลัง อาจแสดงว่าพยาบาลซ่อนบางสิ่งไว้ และ 4) วิธีที่ดีควรเอามือไว้ข้างๆตัว หรืออาจยื่นข้างๆเก้าอี้ และเอามือจับเก้าอี้ไว้เพื่อให้รู้สึกอบอุ่นใจ (ไม่ควรทำท่าทางเหมือนจะยกเก้าอี้ขึ้นมา เพราะผู้ป่วยอาจตีความหมายว่าพยาบาลทำท่าย) ถ้าผู้ป่วยส่งเสียงดัง เรียกชื่อของผู้ป่วยด้วยเสียงที่ดังพอควร เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยิน เพราะการเรียกชื่อ เหมือนเป็นการเตือนสติของผู้ป่วย (พยายามอย่าทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลกำลังก้าวร้าวใส่เขา ผู้ป่วยจะก้าวร้าวมากขึ้น) และบอกให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมที่กำลังอาละวาดอย่าหรืออาจสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ถ้าพูดแล้วได้ผล เพราะผู้ป่วยกำลังอาละวาดอยู่ให้ดำเนินการขั้นต่อไปของการพยาบาล คือ การจับผู้ป่วยผูกยึด (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544)

การจัดการด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น วิธีการจัดการทางกายภาพ ได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าพยายามควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผล และอาจก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่นจะต้องใช้วิธีให้ยาควบคุมอาการ (ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558) ควรเลือกใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) ซึ่งควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดีและนิยมใช้มากที่สุดคือ Haloperidol

การนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม (Seclusion) การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้นเป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งการให้ห้องแยกนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณทำโทษ อับอาย หรือเป็นการประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรในใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้พฤติกรรมก้าวร้าวสงบลงและเพื่อป้องกันไม่ให้อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558)

การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) เป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากใช้วิธีการอื่นไม่ได้แล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่นจะพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดแต่ละเลือกใช้เป็นการสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นใดไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น ซึ่งการจับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญในการผูกมัดผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัย โดยมีหลักการจับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงควรทำอย่างรวดเร็ว แต่อย่ารุนแรง จัดทีมเจ้าหน้าที่ในการจับผู้ป่วย โดยการใช้เจ้าหน้าที่ประมาณ 5 คน ก่อนลงมือทำควรมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละคนทำ โดยคนที่ 1 ทำหน้าที่ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่อีก 4 คน คอยคอยอยู่รอบๆ พอได้จังหวะเจ้าหน้าที่คนที่ 1 จะให้สัญญาณ เจ้าหน้าที่ทั้ง 4 คน เข้าไปจับผู้ป่วยพร้อมๆ กัน โดยจับให้แขนผู้ป่วย ข้างละคน อีก 2 คนจับเหนือเข่า (โดยเข้าทางข้างหลังของผู้ป่วย) ช่วยกันยกผู้ป่วยไปนอนบนเตียง แล้วผูกมัดผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยนอนหงายหรือนอนตะแคง หลังจากนั้นให้ยาฉีดตามแผนการรักษา และหลังจากผูกมัดผู้ป่วยแล้วควรบอกถึงสาเหตุของการที่ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้และจะยุติการผูกมัดเมื่อใด เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการผูกมัด เพื่อช่วยลดความโกรธและความกังวลของผู้ป่วยและบอกถึงสาเหตุที่ต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้ และยุติการผูกมัดให้ผู้ผู้ป่วยทราบอีกครั้ง (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544)

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาและการจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ ที่ห่อผู้ป่วยจัดให้มีขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่าง ๆ จึงต้องระมัดระวังให้กระตุ้นพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนี้ถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องคำนึงคุณภาพของเฟอร์นิเจอร์ สี แสง อุณหภูมิ และเสียง บรรยากาศของสัมพันธภาพในห่อผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่และต่อผู้ป่วยอื่น (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมควรมีการตรวจตราสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอเพื่อความปลอดภัย ควรนำวัตถุที่อาจใช้เป็นอาวุธออกจากสิ่งแวดล้อม เช่น ของมีคม เชือก ขวด ควรมีการตรวจค้นร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าปลอดภัย สังเกตและเฝ้าระวังวัสดุสิ่งของที่ญาติผู้ป่วยนำเข้ามา ควรมีการจัดเตรียมห้องแยกที่สงบเงียบและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ควรใช้อุปกรณ์ที่เป็นพลาสติกแทนแก้วหรือขวด (ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, 2558)

ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยาบาลอาจใช้ทุกวิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสมในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยาบาลต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างการช่วยเหลือและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำในระหว่างให้การช่วยเหลือว่าวิธีการที่ใช้อยู่สามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมาน้อยเพียงใด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

5) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น “ผู้ป่วยสามารถระบายความโกรธในทางที่เหมาะสม” “ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงน้อยลง” “ไม่มีผู้ใดได้รับอันตรายจากการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย” เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการช่วยเหลือสิ้นสุดลง (วาสนา แฉล้มเขตร, 2544)

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งเป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนอื่น พยาบาลจิตเวชในฐานะเป็นบุคลากรในทีมจิตเวชและมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธ

3.1 ความหมายของความโกรธ

ดวงใจ ปินตามูล (2558) ให้ความหมายของความโกรธว่าเป็นสภาวะที่เกิดอารมณ์แบบไม่สมปรารถนา ซึ่งเกิดจากความรู้สึกที่ถูกกระทำอย่างไม่ยุติธรรม ถูกเหยียดหยามหรือได้รับการข่มขู่ เป็นความรู้สึกที่สามารถลุกลามได้ง่ายและขยายเกิดขีดที่จะควบคุมได้โดยง่าย

นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2558) ให้ความหมายของความโกรธว่าเป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ ขุ่นเคือง ไม่พอใจ ที่เกิดจากความไม่สมหวัง ผิดหวัง ความล้มเหลว ความกลัวหรือความไม่มั่นคง

รังสิยา แถวสุวรรณ (2558) ให้ความหมายของความโกรธว่าเป็นอารมณ์ความรู้สึกข้างใน เกิดขึ้นเมื่อเราประสบความไม่พึงพอใจ และอาจแสดงออกมาด้วยความก้าวร้าว ด้วยกิริยา หรือ วาจา ต่อบุคคลหรือสิ่งของเป็นการระบายความโกรธที่เรียกว่าก้าวร้าว โดยปกติแล้วเราสามารถระบายความโกรธได้โดยการไม่ทำให้คนอื่นหรือตัวเองเดือดร้อน ก็จะเป็นที่ยอมรับของสังคม ความโกรธทำให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สินทำลายสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียน และการทำงานทำให้ถูกประเมินจากคนอื่นในทางลบ

อารยา ปิยะกุล (2558) ให้ความหมายของความโกรธว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการคุกคามทั้งที่เป็นสถานการณ์จริง หรือทางความคิด ซึ่งมีความเข้มข้นตั้งแต่ก่อให้เกิดความขุ่นเคืองเล็กน้อย จนถึงการเดือดดาลอย่างรุนแรงจนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา

Spielberger et al. (1996) ให้ความหมายของความโกรธว่าเป็นการแสดงออกของอารมณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งความก้าวร้าวเป็นวิธีแสดงความโกรธอย่างหนึ่ง ความโกรธเป็นการปรับตัวตอบสนองต่อภาวะคุกคามซึ่งจะแสดงออกมา 3 ลักษณะคือ การแสดงความโกรธออกมา การเก็บความโกรธไว้ภายใน และการควบคุมความโกรธ

Novaco (1975) ให้ความหมายของความโกรธว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มักกระตุ้นกระบวนการคิดและการรับรู้ด้วยความไม่เป็นมิตรนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

สรุปได้ว่า ความโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์หรือความรู้สึกข้างใน เกิดจากการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มักกระตุ้นความคิดและการรับรู้ ทำให้เกิดความไม่พอใจ ไม่สมหวัง ผิดหวัง ความล้มเหลว ความกลัวหรือความไม่มั่นคงไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ ถูกรบกวนหรือถูกขัดขวาง ความตั้งใจในการกระทำบางอย่าง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ที่มีความโกรธจะแสดงออกของความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว หรือการกระทำที่รุนแรง นอกจากนี้การใช้คำว่า Anger, Aggression, และ Violence ในทางจิตเวชมีการให้ความหมายที่

ใกล้เคียงกันและมีบางลักษณะที่ซ้ำซ้อน แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันในบางลักษณะของความหมายในแต่ละคำ และยังมีอีกคำที่ควรรู้จัก คือ Hostile ซึ่งเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับความโกรธเช่นกัน จึงขอเสนอความหมายของแต่ละคำเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและทำความเข้าใจให้ตรงกัน ดังนี้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558)

ความโกรธ (Anger) เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ขุ่นเคือง ไม่พอใจ ที่เกิดจากความคับข้องใจ ไม่สมหวัง ผิดหวัง ความล้มเหลว ความรู้สึกกลัวหรือความไม่มั่นคง

ความก้าวร้าว (Aggression) เป็นปฏิกิริยาทางคำพูดหรือการกระทำที่โต้ตอบความรู้สึกโกรธหรือผิดหวังอย่างรุนแรง มุ่งที่จะให้เกิดผลต่อบุคคลและสิ่งอื่นๆรอบตัว หรือหันเข้าหาตนเอง

ความไม่เป็นมิตร (Hostility) เป็นภาวะของความเป็นปรปักษ์ และมีความประสงค์ร้ายเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามหรือขาดพลังอำนาจ ซึ่งอาจแสดงออกอย่างตรงไปตรงมาหรือซ่อนเร้น เช่น ใช้ถ้อยคำรุนแรง พูดล้อให้ได้อาย การเฉยเมยไม่พูด ไม่ทักทาย

การกระทำที่รุนแรง (Violence) เป็นปฏิกิริยาของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยการทำร้าย หรือทำลายโดยตรง ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สินได้ เช่น การทำร้ายร่างกาย การฆ่าผู้อื่น การฆ่าตนเอง การทำลายสิ่งของ

3.2 กลไกการเกิดความโกรธ

อารมณ์โกรธของบุคคลจะเกิดขึ้นตามกลไกดังนี้ เมื่อสิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลวทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง รู้สึกว่าความสามารถลดน้อยลงพลังของอารมณ์ช่วงนี้ผลักดันบุคคลให้แสดงพฤติกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีอำนาจเหนือผู้อื่นโดยการแสดงอารมณ์โกรธออกมาในรูปแบบต่างๆ (ฉวี ธรรมสุข และคณะ, 2547) ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กัน โดยพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของความโกรธอย่างหนึ่ง ซึ่งมีขั้นตอนการแสดงความโกรธ ดังนี้ (Kassinove and Eckhardt, 1995)

ขั้นที่ 1 เมื่อมีสถานการณ์ในทางลบมากระตุ้น เช่น ไม่ได้รับเชิญไปงานเลี้ยงสังสรรค์ การพูดจาด้วยคำหยาบคาย การเล่นเกมเสียงที่ดังมาก บุคคลจะรับรู้เหตุการณ์กระตุ้นนั้นในทางลบ จะตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางลบ ก็จะแสดงออกในรูปของความโกรธ

ขั้นที่ 2 เมื่อมีสถานการณ์ในทางลบมากระตุ้น บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้น ซึ่งอาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่เคยใช้มาก่อนในสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม การตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางบวก คือ ไม่แสดงความโกรธ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยบุคคลจะใช้ทักษะในการตัดสินทางบวกที่เคยใช้มาแล้ว เช่น การแสดงออกที่เหมาะสมด้วยการพูดคุย ส่วนการตอบสนองทางลบ จะแสดงออกในลักษณะโกรธ เช่น การแสดงความโกรธอย่างรุนแรง

กลไกการเกิดความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จะพบว่าแสดงอารมณ์โกรธโดยไม่มีเหตุผล แต่ถ้าสังเกตการเกิดอารมณ์โกรธในผู้ป่วยอย่างละเอียดจะพบว่าอารมณ์โกรธของผู้ป่วยเกิดตามกลไกดังนี้ คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่สิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลว ไม่ได้กระทำเนื่องจากเกิดการเจ็บป่วยเกิดความผิดหวัง วิตกกังวลกับการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกว่าความสามารถของตนเองลดลง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องให้แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ซึ่งความรู้สึกทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการจะมีอำนาจ เกิดอารมณ์โกรธต่อสภาพการณ์ต่างๆ รอบตัว และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา เนื่องจากไม่สามารถจะควบคุมตนเองได้ หรือควบคุมตนเองได้น้อยลงจากสภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย (ฉวี ธรรมสุขและคณะ, 2547) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาในการควบคุมความโกรธ หรือพยายามที่จะควบคุมแต่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีขีดจำกัดในการควบคุมความโกรธจึงไม่สามารถที่จะระงับความโกรธได้จึงแสดงความโกรธออกมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว (Jung et al,2000 ; Paivio, 1999; Jung et al., 2000;chan et al.,2003)

3.3 สาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามาจากหลายปัจจัยดังนี้

3.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ คือ

3.3.1.1 ความผิดปกติของสมอง มีการศึกษาพบความผิดปกติของสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความโกรธ คือ การเกิดรอยโรคที่บริเวณสมองส่วน Brain stem ความผิดปกติของสมองส่วน Hypothalamus พบรอยโรคบริเวณ Ventromedial nucleus ความผิดปกติบริเวณสมองส่วน Temporolimbic cortex พบในผู้ป่วยโรคลมชักชนิด temporal lobe epilepsy เป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธอย่างรุนแรงและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ความผิดปกติของสมองส่วน Prefrontal cortex รอยโรคบริเวณ orbitomedial frontal lobe ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับอาการไม่มีเหตุผลและอารมณ์หยาบกระด้าง มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายเป็นช่วงๆ และขาดการควบคุมอารมณ์ มีการตอบโต้อย่างรุนแรง เช่นทำร้ายผู้อื่น แม้ว่าจะมีเหตุเพียงเล็กน้อยโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

3.3.1.2 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท สารสื่อประสาทที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความโกรธคือ Serotonin พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและอาชญากรที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพชนิด Borderline มีระดับของ Serotonin ในสมองบริเวณ subcortex ลดลง Norepinephrine มีผลยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น พบในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีความผิดปกติในการปรับ norepinephrine ให้อยู่ในภาวะสมดุล Dopamineพบว่าการเพิ่มของ L-dopa ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และ Gammaaminobutyric (GABA) ลดลงจะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

3.3.1.3 ความผิดปกติของฮอร์โมน Testosterone และ Androgens พบว่า ฮอร์โมน Testosterone เป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เพราะฉะนั้นจึงพบว่าเพศชายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากและรุนแรงกว่าเพศหญิง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

3.3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ เช่น การถูกปฏิเสธ การถูกลบหลู่ การย่ำแย่ การผิดหวังไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถทนต่อสถานการณ์ที่คุกคามความรู้สึก และภาพลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งประสบการณ์ความโกรธในอดีตที่เคยทำให้เกิดความโกรธ (Kassinove & Sukhodolsky, 1995)

3.3.3 ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม เชื่อว่าความโกรธเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ ความโกรธอาจเป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาท สารสื่อประสาททำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการเผชิญความโกรธที่ไม่เหมาะสม (Kassinove & Sukhodolsky, 1995)

จากการศึกษาสาเหตุของการเกิดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชที่น่าสนใจพบว่าสาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญคือ ความสับสน การรับรู้ผิดปกติหลงผิด การควบคุมความวิตกกังวลและการทนต่อความคับข้องใจมีขีดจำกัด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและการแสดงออกทางสังคมที่ไม่เหมาะสม และมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้น้อย จึงแสดงอารมณ์โกรธออกมาด้วยพฤติกรรมก้าว (Chan et al., 2003; Jung, 2000) สาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต ภาวะทางจิต ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ละคน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวมักจะมองตัวเองและผู้อื่นแคบ ถึงแม้จะมีความคิดที่จะลดความโกรธแต่ด้วยขีดจำกัดจึงทำให้ไม่สามารถที่จะควบคุมความโกรธได้ จึงทำให้มีความรู้สึกว่ายู่ในสถานการณ์ที่รุนแรงและแสดงอารมณ์โกรธออกมาหลังจากแสดงอารมณ์โกรธแล้วจะมีความรู้สึกผ่อนคลายเพียงชั่วคราวและต่อมาจะเกิดความรู้สึกผิดหวัง ขายหน้า อับอายและซึมเศร้า ส่วนด้านภาวะทางจิต กล่าวว่าการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเกิดจากการต่อต้านภายใน ภายใต้ความรู้สึกอาย กลัว ต่ำต้อย ถูกทำให้รู้สึกผิดหวัง ถูกทิ้ง เจ็บปวด อิจฉา เศร้า รู้สึกผิดและเกลียดชัง ทำให้การแสดงอารมณ์โกรธง่ายกว่าการยอมรับความเจ็บปวดในด้านของความคิดของผู้ป่วย ผู้ป่วยขาดการแปลความ เจตนาของผู้อื่น พูดถึงตัวเองในด้านลบขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา และล้มเหลวในการพิจารณาถึงผลของการกระทำ บกพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์พุ่งพล่านและระเบิดอารมณ์ออกมาได้ง่าย (Paivio, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มที่จะมีอาการโกรธและถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง (Kay et al., 1988) สาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชนั้น เกิดจากการมีสิ่งคุกคาม มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ซึ่งสิ่งคุกคามที่มากระตุ้นนั้นมีสาเหตุมาจากสาเหตุภายนอกและภายในบุคคล คือการคุกคามภายนอก (External stressors) ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย การถูกทำร้ายร่างกาย การสูญเสียสัมพันธภาพที่สำคัญ และมีความหมาย

ต่อบุคคลผู้นั้น ส่วนการคุกคามภายใน (Internalstressor) ได้แก่ ความรู้สึกล้มเหลวในการทำงาน การสูญเสียของรัก ความรู้สึกผิด ความรู้สึกกลัวการสูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน เมื่อบุคคลรู้สึกว่าคุณคุกคาม ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม บุคคลจะต้องมีการตอบสนองเพื่อการรักษาสีทธิของตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Assertion) ซึ่งเป็น positive behavioral expression of anger แต่บุคคลบางคนไม่สามารถแสดงออกด้วยวิธีการที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบตามมา ได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมซึมเศร้า (ฉวี ธรรมสุข และคณะ, 2547)

สรุปได้ว่า สาเหตุของความโกรธพบว่ามีมาจากหลายสาเหตุ ส่วนในผู้ป่วยจิตเวชสาเหตุที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีภาวะสับสนการรับรู้ผิดปกติ หลงผิด การควบคุมความวิตกกังวลและการทนต่อความคับข้องใจมีขีดจำกัดอีกอย่างหนึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต ภาวะทางจิต ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อมีสิ่งคุกคามทั้งภายนอกและภายในมากระตุ้นให้เกิดความโกรธ บุคคลจะตอบสนองเพื่อการรักษาสีทธิของตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Assertion) ซึ่งเป็น positive behavioral expression of anger แต่บุคคลบางคนไม่สามารถแสดงออกด้วยวิธีการที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบตามมา ได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง พฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมซึมเศร้า

3.4 ลักษณะของผู้ที่มีความโกรธ

นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2558) ได้อธิบายลักษณะของผู้ที่มีภาวะโกรธใน 5 มิติ ดังนี้

3.4.1 มิติทางด้านร่างกาย (Physical dimension) ปฏิกริยาทางร่างกายจากอารมณ์โกรธเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ต่อการหลั่งสาร Epineprine ซึ่งจะประเณินความโกรธของบุคคลจากปฏิกริยาที่ปรากฏให้เห็นได้แก่ หน้าแดง ปากสั่น กล้ามเนื้อเกร็งตึง กำมือแน่น ตาขวาง จ้องเขม็ง หายใจเร็ว ถ้าตรวจร่างกายจะพบ ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร การหลั่งของน้ำลายเพิ่มมากขึ้น การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย เป็นต้น

3.4.2 มิติด้านอารมณ์ (Emotional dimension) ตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของฟรอยด์ (Freud) และซัลลิแวน (Sullivan) การแสดงออกของอารมณ์โกรธมีได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การทำร้าย (Assault) แสดงความไม่เป็นมิตร (Indirect Hostile) หงุดหงิด (Irritability) ต่อต้าน (Negativism) ความแค้นใจ (Resentment) ความสงสัยระแวงแคลงใจ (Suspicion) การพูดที่ไม่เป็นมิตร (Verbal Hostile) และความรู้สึกผิด (Guilt)

3.4.3 มิติด้านสติปัญญา (Intellectual dimension) ความโกรธจะมีผลต่อความคิด การรับรู้ ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ เช่น คิดในเรื่องที่โกรธซ้ำๆ ตีความหมายของข้อมูลผิดไป การรับรู้ผิดพลาด ความจำบกพร่อง ขาดสมาธิ และการตัดสินใจไม่เหมาะสม

3.4.4 มิติด้านสังคม (Social dimension) เมื่อบุคคลมีอารมณ์โกรธ พฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมของเขาจะแสดงออกมาได้ 2 รูปแบบ คือ การยอมนิ่งเฉย (Passive responses) หรือก้าวร้าว (Aggressive responses) โดยที่บางคนจะปล่อยให้คนอื่นเลือกตัดสินใจ และเลิกล้มเป้าหมายของตนเอง แต่บางคนจะเอาตนเองเป็นสำคัญ ตำหนิหรือกล่าวโทษผู้อื่น ดุถูกเหยียดหยามผู้อื่น เลือกตัดสินใจแทนผู้อื่น และพยายามให้ได้เป้าหมายของตนโดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น เป็นต้น

3.4.5 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) ความเชื่อเกี่ยวกับความโกรธจะเป็นส่วนหนึ่งในปรัชญาชีวิตและจิตวิญญาณของบุคคล ถ้าเป็นคนยึดมั่นและเชื่อคำสอนตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดว่าการโกรธเป็นบาป ก็จะคับข้องใจมากและจะพยายามเก็บกดความโกรธนั้นไว้ ทำให้การดำเนินชีวิตไม่มีความสุข แต่ถ้าศาสนาสอนวิธีจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม บุคคลจะหันเข้าหาศาสนาเมื่อโกรธ เช่น ทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะ ให้อภัยต่อผู้ที่ทำให้โกรธ เป็นต้น

Spielberger et al. (1994) กล่าวว่าความโกรธเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติของบุคคล เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อภาวะคุกคาม มักแสดงออกแตกต่างกันตามประสบการณ์ บุคคลมักจะแสดงความโกรธออกมาทั้งทางภาษาถ้อยคำหรือภาษาท่าทางเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ตนเองโกรธ Spielberger ได้จำแนกความโกรธตามการแสดงออกได้ 3 ลักษณะ คือ

การแสดงออกของความโกรธ (Expression of anger)

1. บุคคลที่มีพฤติกรรมแบบเก็บความโกรธภายใน (Passive behavior) เมื่อบุคคลมีความโกรธจะพยายามเก็บกด ปฏิเสธ หรือเก็บซ่อนความโกรธของตนเองไว้ เพราะรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่กล้าจะแสดงความโกรธออกมา การเก็บกดความโกรธไว้ภายในการรู้คิดและความทรงจำทั้งที่ยังรู้สึกโกรธ การเก็บกดความโกรธไว้ภายในนั้นจะมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายและปัญหาทางจิตได้ เป็นสาเหตุของโรคทางกาย เช่น โรคโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปวดศีรษะแบบไมเกรน (Migraine headaches) แผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนั้นยังส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วย เช่น เกิดปัญหาทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. บุคคลที่มีพฤติกรรมแบบแสดงความโกรธออกภายนอก (Aggressive behavior) บุคคลจะแสดงความโกรธออกมาอย่างไม่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมการทำลาย (Destructive behavior) ไม่สามารถยอมรับและควบคุมความรู้สึกโกรธของตนเองที่เกิดขึ้นได้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกเจ็บแค้นนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่เป็นปรปักษ์ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา (Aggression and Hostility) มีพฤติกรรมคุกคาม ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลอื่น สิ่งอื่นรอบๆตัวให้ได้รับความเสียหาย เจ็บปวดทั้งร่างและจิตใจ หรือบุคคลที่มีความโกรธหันความโกรธเข้าหาตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

3.บุคคลที่มีพฤติกรรมแบบควบคุมความโกรธ (Assertive behavior) บุคคลจะแสดงความโกรธออกมาเป็นพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ (Constructive behavior) การควบคุมความโกรธเป็นการพยายามควบคุมการแสดงความโกรธ ไม่เพียงแต่การควบคุมพฤติกรรมที่จะแสดงออกเท่านั้นแต่ยังควบคุมการตอบสนองภายในจิตใจด้วย โดยการสร้างความสงบภายในจิตใจ เช่น การทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ร่างกายสงบลง ยังเป็นการปลดปล่อยความรู้สึกให้บรรเทาลงด้วยการผ่อนคลายอารมณ์และความตึงเครียดด้านร่างกาย การเปิดใจรับฟังผู้อื่น การพยายามไกล่เกลี่ย ประนีประนอม และเป็นการแสดงความรู้สึกอย่างเหมาะสม บุคคลมักจะแสดงออกด้วยการพูดคุยอย่างชัดเจน กล่าวที่จะบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเองอย่างตรงไปตรงมา (Assertive) ไม่ตะโกน ไม่พูดหยาบคาย หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา บุคคลเหล่านี้จะรู้จักยอมรับว่าอารมณ์หรือความรู้สึกโกรธเป็นเรื่องปกติสามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดแรงผลักดันที่จะกล้าคิดกล้าตัดสินใจ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีประสิทธิภาพ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองและรู้จักให้อภัยผู้อื่น

3.5 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความโกรธ

เมื่อผู้ป่วยเกิดความโกรธอาแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลช่วยเหลือทันทีที่ประเมินได้ได้ว่าผู้ป่วยเกิดความโกรธ ซึ่งการพยาบาลมีดังนี้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558)

3.5.1 การรู้ตัวของพยาบาล (Self awareness) พยาบาลต้องใช้ตนเองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องมั่นใจที่จะใช้ตนเองให้ได้ประสิทธิภาพที่สุด ต้องรู้ว่าความเครียดของตนเองจะเป็นอุปสรรคไปขัดขวางความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ถ้าพยาบาลเหนื่อย กังวล โมโห หรือไม่ใส่ใจ ก็จะเป็นการยากที่จะเข้าใจความรู้สึก ความกลัว ความโกรธของผู้ป่วย ถ้าพยาบาลมีปัญหาส่วนตัว ปัญหาการงานมากมาย ความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยก็จะลดลง ฉะนั้นเมื่อให้การพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ตัวไม่นำความรู้สึกหรือปัญหาส่วนตัวเข้ามาแสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ พยาบาลต้องมั่นใจว่าสามารถประเมินความรู้สึกและต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ไม่มีความรู้สึกและความต้องการของพยาบาลมาปะปน

3.5.2 สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ มั่นคง แนะนำตนเองด้วยคำพูดที่ชัดเจน กระชับ ตรงไปตรงมาให้ผู้ป่วยรู้จักและไว้วางใจ และเกิดความมั่นคงในอารมณ์

3.5.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด โดยเฉพาะความรู้สึกในด้านลบ รับฟังด้วยความเต็มใจ ใส่ใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย สำหรับผู้ที่เก็บความรู้สึกโกรธไว้ จะบอกสิ่งที่สังเกตได้ เช่น หน้าแดง กำมือ หายใจเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักความรู้สึกโกรธของตนเอง โดยพยาบาลแสดงท่าทีเข้าใจและพร้อมที่จะรับฟัง

3.5.4 ให้การยอมรับและให้ข้อมูลว่าความโกรธโกรธเป็นอารมณ์ปกติ ถ้าแสดงออกอย่างเหมาะสมและอยู่ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ

3.5.5 สะท้อนให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความโกรธ และการแสดง ความโกรธที่เคยแสดงออกมาในอดีต

3.5.6 ชี้แนะและให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการแสดงความโกรธออกมาอย่าง ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการเก็บกดหรือการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

3.5.7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนหาวิธีระบายความโกรธของตนเองออกมาอย่างเหมาะสม เช่น การเล่าให้ผู้ที่เกี่ยวข้องไว้วางใจฟัง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การเล่นกีฬา การทำงานที่ ชอบ การทำกิจกรรมบันเทิง การใช้เทคนิคการช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และการพักผ่อนหย่อนใจ

3.5.8 ส่งเสริมและร่วมมือกับผู้ป่วย ให้แก้ปัญหาที่เป็นต้นเหตุของการเกิดความโกรธ

3.5.9 พิจารณาผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และหาทางป้องกันการกลับมาเกิดความโกรธซ้ำ

3.6 บทบาทพยาบาลในการบำบัดความโกรธ

บทบาทพยาบาลในการบำบัดความโกรธ มีดังนี้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558)

3.6.1 การบำบัดรักษาทางชีวภาพ (Biological therapy)

1) การรักษาด้วยยา ในรายที่มีการเจ็บป่วยทางกายจะได้รับการรักษาตาม ภาวะของการเจ็บป่วยนั้นๆในผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงความโกรธออกมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) พยาบาลจึงมีบทบาทที่จะประเมิน พฤติกรรม รายงานอาการความรุนแรง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และ สังเกตผลข้างเคียงรวมทั้งให้การพยาบาลในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงจากยา

2) การจำกัดพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด (restraint) หรือให้อยู่ห้องแยก (seclusion)

3.6.2 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลเพื่อการบำบัด (Therapeutic Nurse-Patient relationship) ก่อนอื่นพยาบาลต้องรู้วิธีที่จะจัดการกับความรู้สึกโกรธ รู้จักที่จะใช้การสื่อสาร แสดงออกอย่างเหมาะสม (assertiveness communication) ซึ่งทักษะของพยาบาลในการจัดการ กับความรู้สึกโกรธ จะช่วยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ผลดีมากยิ่งขึ้น (Videbeck, 2006) และพยาบาล ต้องดำเนินสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่สงบ มั่นคง เป็นมิตร และจริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย ความคิดความรู้สึก ใช้เทคนิคการฟัง การยอมรับ การให้ข้อมูล การสะท้อน การบอกสิ่งที่สังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความโกรธ เข้าใจผลเสียของการแสดงความโกรธออกมาอย่างไม่เหมาะสม แล้วส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนหาวิธีแก้ปัญหาและระบายความโกรธของตนเองออกมาอย่างเหมาะสม

3.6.3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงเป็น อันดับแรกคือ ความปลอดภัยที่ผู้ป่วยและผู้อื่น เพราะผู้ป่วยอาจแสดงความโกรธออกมาเป็น

พฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยายามลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอารมณ์โกรธ นอกจากนี้การจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบลง จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากเมื่อเขากลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคม

3.6.4 ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมในการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม โดยการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายให้ผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ การให้ผู้ป่วยเห็นความก้าวหน้าของการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวจะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีการเรียนรู้ใหม่และได้โอกาสฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม

ความโกรธเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความโกรธอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์จะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และเกิดพลังในการดำเนินชีวิต แต่ผู้ป่วยที่มีความโกรธส่วนมากจะแสดงความโกรธไม่เหมาะสม โยเก้บกดอารมณ์โกรธนั้นไว้หรือแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาได้ตั้งแต่ในระดับสุขภาพจิตไปจนกระทั่งเป็นปัญหาทางจิตเวช ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในภาวะโกรธและก้าวร้าวเป็นอย่างดี รู้เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง รู้บทบาทพยาบาลในการบำบัดรักษา เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถป้องกันการเจ็บป่วยทางกายและการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา

3.7 แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco

แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) เป็นรูปแบบการบำบัด ที่ประยุกต์มาจากเทคนิคการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) สำหรับผู้ป่วยวิตกกังวลของ Meichenbaum (1975) ซึ่งเทคนิคการฝึกการป้องกันความเครียด เป็นเทคนิคหนึ่งของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา โดยแนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง ประกอบด้วย การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา และการป้องกันความเครียด โดยมีหลักในการบำบัด 2 ข้อ คือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิดที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมอารมณ์โกรธที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Novaco, 1975) คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparing) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิบัติทางกาย (Physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธตลอดจนสภาพการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดและผลกระทบของความโกรธนั้น ในระยะนี้แต่ละบุคคลจะถูกสนับสนุนให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง ให้พยายามแยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นทำให้โกรธและลักษณะการตอบสนองของความโกรธที่ผ่านมาและ

สนับสนุนให้บุคคลทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด ทำทหายด้วยความคิดที่มีเหตุผลและสมมติฐานที่แต่ละบุคคลสร้าง เช่น การแปลงการกระทำของผู้อื่น โดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรมเพื่อได้คิด ระวังและหยุดยั้งปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ ตัวอย่างเช่น บุคคลอาจจำได้ว่าการเข้าเหย้า ล้อเลียนเป็นการนำสู่การกระตุ้นทางกาย ซึ่งจะนำไปสู่การระเบิดของพฤติกรรมรุนแรง บุคคลจะพยายามหยุดยั้งปฏิกิริยาทางนั้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นขึ้นอีก

ขั้นที่ 2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) ฝึกให้การเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากกระตุ้น การผ่อนคลาย ทักษะทางสังคมการแก้ปัญหาโดยเน้นการฝึกสอนตนเอง ในระยะนี้จะให้บุคคลได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่จะทำให้พวกเขาสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธโดยวิธีที่ได้ผลมากกว่า ในรูปแบบการฝึกทักษะในการคิดและพฤติกรรม ทักษะการนึกคิดจะมีอำนาจเหนือความทำทหายโดยอัตโนมัติโดยกระบวนการความคิดที่เป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ โดยการฝึกซ้อมอย่างดี สอนทักษะพฤติกรรมต่างๆ ประกอบด้วย การผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคมและการสื่อสารรวมถึงการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายมีส่วนช่วย 2 วัตถุประสงค์ คือ สอนให้บุคคลได้รู้สึกผ่อนคลายซึ่งจะทำให้ความตึงเครียดน้อยลง และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ และการฝึกพูดเพื่อแสดงความรู้สึก (Assertive) ทำให้บุคคลบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรงจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบและได้ผล โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องตามสมควร

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยการใช้จินตนาการ (Imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการมอบหมายให้ทำการบ้าน จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริงในระยะสุดท้ายนี้ ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะของพวกเขาในการจัดการอารมณ์ของตนเองโดยการแสดงบทบาทสมมติ โดยให้ผู้ป่วนำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยและค่อยทำต่อในฉากสถานการณ์ที่ยากขึ้นด้วยการฝึกหัดตั้งแต่ต้นจนจบ โดยได้รับการสนับสนุนการจัดการจากผู้สอนจนผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะจากสถานการณ์ที่ถูกจัดการในกลุ่มไปสู่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดย Novaco (1975) เน้นในการให้ผู้ป่วนำได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดความโกรธและการจัดการความโกรธ ตลอดจนการฝึกทักษะในการจัดการความโกรธและการนำมาใช้วิธีการจัดการกับความโกรธในการสอนผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิดเป็นการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติโดยการพูดกับตนเอง 2) การสอนทักษะการกล้าแสดงออก เป็นการสอนทักษะการสื่อสารที่ดี และ 3) การสอนเทคนิคการผ่อนคลายและการฝึกการหายใจเข้า- ออกลึก ๆ

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิด (Cognitive therapy) มีประวัติความเป็นมายาวนานเริ่มที่นายแพทย์ Aaron T. Beck เป็นผู้ค้นพบ cognitive therapy ในต้นทศวรรษ 1960 เป็นผู้นำรูปแบบนี้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy: CBT) ซึ่งจากเดิมตั้งแต่ยุคตั้งต้นมุ่งเน้นที่การปรับพฤติกรรมเป็นหลัก ซึ่งจะกล่าวถึง Behavior therapy เพียงอย่างเดียวโดยละเลยความคิดที่เป็นพื้นฐาน ในยุคแรกของการนำ cognitive therapy มาใช้กับผู้ป่วย จะใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า cognitive therapy เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งที่มีโครงสร้าง (Structure) เป็นของตนเองซึ่งต่างจาก Psychoanalysis เพราะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดจุดหมายของการคิด อยู่ในปัจจุบันเป็นจิตบำบัดที่ใช้เวลาสั้นมีไว้สำหรับรักษาความผิดปกติทางอารมณ์ ชวนให้ผู้ป่วยแก้ไข ปัญหาปัจจุบันไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีในอดีต ใช้ตัดแปลงแก้ไขวิธีการคิดและแก้ไขพฤติกรรมที่คอย ทำให้ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ต่อมาได้มีการตัดแปลงวิธีการรักษาแบบ cognitive therapy ไปใช้รักษาความผิดปกติทางจิตเวชชนิดอื่นๆ และผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆชนิด อย่างไรก็ตามใจความสำคัญของภาคทฤษฎีก็ยึดตาม cognitive model เดิมที่เสนอว่าเราจะค้นพบ distorted หรือ dysfunctional thinking ในความผิดปกติทางจิตหลายๆชนิด การประเมินวิธีการคิดและการตัดแปลงแก้ไขความคิดให้อยู่ในสภาพที่เป็นจริงและตัดแปลงวิธีการคิดใหม่จะทำให้อารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้นแต่ถ้าจะให้ดีขึ้นก็ต้องตัดแปลง dysfunctional belief ที่ซ่อนอยู่ของผู้ป่วยด้วย (สุชาติ พหลภาคย์, 2558)

cognitive therapy เราสามารถใช้ตามลำพังรักษาความผิดปกติทางจิตเวชหรือใช้เป็น adjunct therapy ก็ได้มีใช้เพียงแค่ว่าใช้รักษาความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้นเรายังใช้รักษาประชาชนทั่วไปได้อีกด้วย cognitive therapy ใช้ได้กับคนทุกอายุตั้งแต่เด็กจนถึงคนชราทุกระดับการศึกษาทุกระดับฐานะและไม่ว่าภูมิหลังจะเป็นอย่างไร รูปแบบการบำบัดตามแนวคิดนี้มีหลากหลายวิธีด้วยกัน บางรูปแบบมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive) บางรูปแบบมุ่งเน้นที่กระบวนการทางพฤติกรรม (Behavior) และอีกรูปแบบหนึ่งมุ่งเน้นทั้งกระบวนการเรียนรู้ทางความคิดและกระบวนการทางพฤติกรรมเท่าๆกัน การบำบัดเป็นการรักษาที่มีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม ทั้งระเบียบ ขั้นตอน ทิศทาง มีจุดสนใจเฉพาะละเน้นที่ภาวะปัจจุบัน สามารถทำได้ทั้งในลักษณะ group therapy, couple therapy และ family therapy (สุชาติ พหลภาคย์, 2558)

เมื่อพิจารณาถึงประวัติความเป็นมา ลักษณะของรูปแบบการบำบัดถือว่าทั้ง Cognitive therapy และ Cognitive Behavior therapy มีความคล้ายกัน ในเอกสารที่ผู้วิจัยนำเสนอจึงอาจจะพบว่ามีการใช้คำว่าทั้งสองสลับกันไปมาโดยมีความหมายเหมือนกัน

4.1 ความหมายของแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (2552) กล่าวว่าไว้ว่าเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการบำบัดตัวเองและมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้นนั่นเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่าไว้ว่าเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจน และเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและสมเหตุผล ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม การบำบัดนอกจากจะช่วยปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังใช้เทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควบคู่กันไปด้วย

ดารารวรรณ ตะปินตา (2555) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นจิตบำบัดประเภทหนึ่งซึ่งบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล

Beck (1979) กล่าวว่าไว้ว่า เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกละพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Stuart and Laraia (1998) กล่าวว่าไว้ว่า เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมกับผู้บำบัดรักษาด้วย

สรุปได้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือ เป็นจิตบำบัดประเภทหนึ่งที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน ใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้ถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

4.2 รูปแบบความคิด (Cognitive model)

รูปแบบของความคิดที่ใช้อธิบายได้เข้าใจง่ายและนิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ รูปแบบความคิดของ Beck (1995) อธิบายไว้ว่า จุดตั้งต้นของรูปแบบความคิดที่เกิดจากความเชื่อที่เรียกว่า ความเชื่อในระดับลึก (Core beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกมาเป็นตัวตนของบุคคลนั้น มาจากการได้รับการเรียนรู้และประสบการณ์เลี้ยงดูในวัยเด็กจนกระทั่งก่อตัวมาเป็นทัศนคติที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น ส่วนใหญ่เป็นความคิด ความเชื่อที่ไม่รู้ตัวในทันที แต่ความเชื่อที่พอจะเข้าใจได้บ้างนั้น มักจะเป็นความเชื่อที่แฝงอยู่ในอีกระดับหนึ่งซึ่งเรียกว่า ความเชื่อในระดับกลาง (Intermediate belief) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อที่แฝงในรูปของกฎเกณฑ์ (rules) ทัศนคติ (attitude) และการตั้งข้อสันนิษฐาน (assumption) ขึ้นมาเอง ความเชื่อที่แฝงอยู่นี้จะปรากฏให้เห็นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเร้า เช่น เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น ความเชื่อจะออกมาในรูปของความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) รวมถึงความแปรปรวนในด้านสรีระ (Physiology) หรืออาจอธิบายง่าย ๆ ว่า เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิด ลักษณะความคิดจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ลักษณะความคิดที่แตกต่างกันจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แตกต่างกันด้วย (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

4.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีกลุ่มปัญญานิยมและกลุ่มพฤติกรรมนิยม ดังนี้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

4.3.1. ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม

การบำบัดพฤติกรรมอาศัยแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) 2 ทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ (Involuntary behavior) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาของ Pavlov โดยการทำให้สุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่ง ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง โดยฝึกให้อาหารสุนัขควบคู่ไปพร้อมๆกับการสั่นกระดิ่ง ทำบ่อยๆจนในที่สุดสุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างของทฤษฎีที่นำมาใช้กับมนุษย์ ได้แก่ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีความกลัว กังวลต่อสถานการณ์ต่างๆ เช่น กลัวความสูง หรือความแออัด เป็นต้น

2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบกระทำ (Operant Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ (voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ Skinner ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลมาจากผลการตอบสนองต่อเหตุการณ์สิ่งเร้าต่างๆ ถ้าการกระทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดผลดีหรือความพอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าการกระทำใดส่งผลให้เกิดผลเสียหรือความไม่

พอใจ บุคคลจะลดการกระทำพฤติกรรมนั้นลง ตัวอย่างทฤษฎีนี้ได้แก่ การยับยั้งและการแสดงท่าทีตอบรับ การชมเชย หรือการให้รางวัลเมื่อเด็กกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

4.3.2.ทฤษฎีทางปัญญานิยม

สภาพการณ์ บุคคล เรื่องราว วัตถุสิ่งของและทุกอย่างในโลกนี้สามารถเป็นสิ่งเร้าหรือเงื่อนไขน่าได้ทั้งสิ้น สิ่งเร้าหรือเงื่อนไขจะมีผลต่อกระบวนการคิดและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้

กระบวนการทางปัญญามีความหมายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Dobson, 1988 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

1. กระบวนการทางปัญญาในความหมายของเหตุการณ์ในความคิด (Cognitive events) เป็นความคิดและการมีภาพในใจโดยรู้สึกตัวของบุคคลและสามารถนึกคิดออกมาได้เมื่อต้องการ ความคิดอัตโนมัติ คำพูดหรือภาพในใจ สัญลักษณ์และความรู้สึกต่างๆของบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบุคคลเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ สถานการณ์ที่จะต้องตัดสินใจ หรือเมื่อมีความคาดหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง

2. กระบวนการทางปัญญาในความหมายของกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) เป็นกระบวนการของบุคคลในการจัดการกับข้อมูลจำนวนมากที่เข้ามาสู่บุคคล เกิดการเลือกว่าจะให้ความสนใจในเรื่องใดและในเวลาใด คือ การที่บุคคลเลือกวิธีที่จะประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ตนเองสนใจนั้นในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต โดยกระบวนการต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และบุคคลมักไม่ทราบว่าตนเองมีกระบวนการจัดการกับข้อมูลของตนเองอย่างไร

3. กระบวนการทางปัญญาในความหมายของโครงสร้างทางความคิด (Cognitive structures) โครงสร้างทางความคิดประกอบไปด้วยบุคลิกลักษณะ นิสัยส่วนตัว การตระหนักรู้ต่อสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่แอบแฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ คำสัญญา และเป้าหมายของแต่ละบุคคล โดยโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวกรองและเลือกข้อมูลต่างๆที่จะเข้าไปในกระบวนการจัดการกระทำกับข้อมูล ดังนั้น โครงสร้างทางความคิดจึงมีอิทธิพลต่อกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information processing) การจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง และการประเมินสถานการณ์ต่างๆ

โดยลักษณะของกระบวนการทางปัญญา คือ ถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือเกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งแวดล้อมภายใน ซึ่งก็คือความคิดสามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดใหม่ได้ มนุษย์สามารถคิดถึงความคิดของตนเองได้และยังสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองได้อีกด้วย ที่สำคัญก็คือ กระบวนการทางปัญญาเป็นอย่างไรก็จะมีพฤติกรรมออกมาอย่างนั้น กระบวนการทางปัญญามี

ทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจมักจะมีกระบวนการทางปัญญาที่บิดเบือนไปคิดทางลบ คิดอย่างไม่มีเหตุผล

Beck (1995) กล่าวถึงกระบวนการทางปัญญาที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ โครงสร้างทางความคิด และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) หมายถึงความคิดหลัก 3 ประการที่บิดเบือนไปในทางลบ ดังนี้

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

1.2 การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับ และเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลดโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

1.3 การมองอนาคตในทางลบ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะคิดทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็ปัญหาต่อไปไม่มีสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema)แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือปรับเปลี่ยนที่บิดเบือน (adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ และเป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลอื่นต่างๆไป โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าจะทนได้ ทำให้บุคคลเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ทำให้บุคคลไม่สามารถมองความคิดในทางลบ

เหล่านั้นได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นเหตุของความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลที่เรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน

3.เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors or faulty information processing)

ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การด่วนลงความคิดเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) เป็นกระบวนการความคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3.2 การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective abstraction) เป็นลักษณะความคิดที่มุ่งความสนใจในเรื่องรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้นๆ หรือลักษณะความคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต

3.3 ความคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) เป็นลักษณะความคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง

3.4 การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and Minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งมากหรือน้อยเกินไป

3.5 มีความคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นระบุกับเรื่องต่างๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง

3.6 คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่องเป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นคนบาปไม่ใช่คนบุญ เป็นต้น

4.3.3.ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยม

แนวคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหรือเงื่อนไขและกระบวนการคิด ดังนั้นการสร้างเสริมหรือปรับแก้พฤติกรรมบุคคลจึงสามารถทำได้โดยการบำบัดที่สิ่งเร้า หรือเงื่อนไข หรือกระบวนการคิด โดยการบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้ด้วยความร่วมมือของผู้ที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ (Hawton et al., 1990; Clark and Fairburn, 1997; Boekaert et al., 2000 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

- 1.ทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของสิ่งเร้า กระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรม
- 2.ต้องยอมรับที่จะสังเกตกระบวนการทางปัญญาของตนเองเป็นการบ้าน
- 3.ให้ความร่วมมือที่จะฝึกหัดตนเองในการบำบัดเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาต่อสิ่งเร้า
- 4.วิเคราะห์และแก้ปัญหามาจากการฝึกหัดตนเองในการบำบัดเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา
- 5.เสริมแรงตนเองเมื่อมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทิศทางที่กำหนดไว้

4.4 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีหลักการที่สำคัญ 10 ข้อ ดังนี้ (Beck, 1995)

- 1.การบำบัดทางความคิด ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจถึงที่มาของปัญญาว่มาอย่างไร โดยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความคิดอะไรที่ทำให้เขามีความรู้สึกบางอย่างและส่งผลให้เขามีพฤติกรรมอย่างไร โดยให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมและการแปลความที่เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว
- 2.การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด
3. การบำบัดต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก ตลอดการบำบัดผู้รับการบำบัดต้องมีความรับผิดชอบที่จะช่วยคิดหรือริเริ่มงานได้เอง
4. มุ่งเน้นเป้าหมายและปัญญาที่ชัดเจน
5. การบำบัดเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
6. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดมีบทบาทที่จะให้ความรู้และสอนผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดจะต้องเป็นผู้บำบัดตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
7. การบำบัดทางความคิดจะต้องมีการกำหนดเวลาที่พบกันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน
8. ในการพบแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างของการบำบัดที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน
9. ผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิด และปรับความคิดให้เหมาะสม
10. การบำบัดความคิด สามารถใช้เทคนิคอันหลากหลายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้บ่อย เช่น การตั้งคำถามชวนให้คิด (Socratic Questioning & Guided Discovery) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) การจะเลือกใช้เทคนิคใดขึ้นอยู่กับที่มาของปัญหาและเป้าหมายในแต่ละครั้งของการบำบัด

4.5 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีดังนี้ (Beck, 1995)

1.ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Assessment)

การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้รับการบำบัด การประเมินจะไม่ได้ให้ความสนใจในบุคลิกภาพ (Personality traits) ของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism) หรือกลไกทางจิต แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจำทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สิ่งสำคัญในการประเมินคือการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างถูกต้องและแม่นยำ โดยพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิงที่รวบรวมได้ โดยอาศัยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ และการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดีนั้นควรจะมี ความถูกต้องและชัดเจนที่สุด ในเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถาม เช่น ปัญหาคืออะไร ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร การประเมินผู้บำบัดควรประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงของปัญหา และระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้บำบัดจะค้นหาประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ เป็นตัวนำให้เกิดพฤติกรรม รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคม หรือพฤติกรรม ความคิด หรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ จะเกิดขึ้น พฤติกรรม (Behavior) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นๆ พูดยุติหรือแสดงออกมาให้เห็นได้ และสามารถวัดได้ ผลที่ตามมา (Consequence) เป็นผลที่ตามมาที่บุคคลนั้นๆ คาดว่าน่าจะเกิดขึ้นหลังจากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผลนั้นอาจจะเป็นผลทางบวกที่น่าพึงพอใจ หรือผลทางลบที่ไม่น่าพึงพอใจก็ได้

2.ขั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้ (Beck, 1995 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมา แต่ที่แท้จริงแล้วสถานการณ์ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์และพฤติกรรม แต่จะผ่านมาทางกระบวนการคิดของบุคคลก่อนถึงจะเกิดอารมณ์และพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าแม้สถานการณ์ที่บุคคลพบอาจจะเหมือนกันแต่อารมณ์และพฤติกรรมอาจจะแสดงออกมาแตกต่างกัน นั่นเป็นเพราะ

กระบวนการคิดที่แตกต่างกันนั่นเอง ตัวสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมก็คือ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ เช่น ผู้ที่คิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่รัก ก็จะเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงถึงความซึมเศร้า ผู้ที่คิดว่าโลกนี้ไม่ปลอดภัยสำหรับตนเอง จึงทำให้รู้สึกหวาดระแวงไม่ติดต่อกับสังคมความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดี เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (Negative automatic thought: NAT) ผู้บำบัดควรเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติได้ นอกจากนั้นควรมีทักษะในการเรียบเรียงความคิดอัตโนมัติให้เป็นประโยคบอกเล่า เพื่อให้สามารถนำไปประเมินได้โดยง่าย การถามต่อเพื่อให้ได้ความคิดอัตโนมัติเพิ่มเติมที่อยู่ลึกลงไป ด้วยเทคนิคที่เรียกว่า Downward arrow วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ให้นึกถึงเรื่องที่รุนแรงหรือเรื่องที่เข้ามารบกวนในความคิดบ่อยๆ ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีระ ถ้าผู้รับบริการยังนึกไม่ออกให้ยกตัวอย่างความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ให้ผู้รับการบำบัดได้รู้จักลักษณะต่างๆ ของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ โดยทั่วไป เพื่อจะได้เทียบเคียงลักษณะความคิดของตนเอง ระบุความคิดทางลบที่ส่งผลต่ออารมณ์พฤติกรรมและสรีระ เช่น เรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร หรือคุณเป็นคนอย่างไร เรื่องนี้จึงเกิดขึ้นกับชีวิตคุณ

ขั้นตอนที่ 2 การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นเพียงสมมติฐานจึงจำเป็นต้องพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติเสียก่อนว่าจริงหรือไม่เพียงใด ต้องไม่ให้อยู่บนการแปลความหรือความคิดเห็นแต่ต้องมีหลักฐานหรือความจริงปรากฏชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติหรือการแก้ปัญหา เช่น ฉันทเป็นพ่อที่ไม่ดีแต่เมื่อชวนผู้ป่วยให้คิดถึงความหมายของคำว่าพ่อที่ดี ผู้ป่วยพบว่าตนเองเป็นพ่อที่มีดีอยู่หลายประการ มีเพียงบางประการเท่านั้นที่ตนเองไม่สามารถทำได้ จึงทำให้ความคิดอัตโนมัติของเขาได้รับการพิสูจน์ว่า จริงบางส่วนเท่านั้น วิธีการพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติเน้นที่การให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด และการตั้งคำถามมีความสำคัญเป็นประโยชน์ช่วยในการพิสูจน์หรือประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ

การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์จะได้ผลพิสูจน์ใน 2 ลักษณะคือ ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์นั้นไม่จริง และความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์นั้นเป็นจริง เมื่อความคิดอัตโนมัติได้รับการพิสูจน์ว่าไม่จริง จะทำให้ความคิดอัตโนมัติลดลงได้ตามธรรมชาติ แต่ถ้าความคิดอัตโนมัติได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้บำบัดจะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแก้ปัญหาได้ วิธีการเน้นที่การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับบำบัดได้คิดว่าความคิดอัตโนมัติที่เป็นจริงบางส่วนนั้นจะมีทางแก้ปัญหาได้อย่างไร โดยวางแผนร่วมกันกับผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดเพื่อ

เลือกวิธีการแก้ปัญหาหรือเพื่อที่จะหาทางอยู่กับปัญหาให้ดีขึ้นกว่าเดิม การตั้งคำถามควรถามถึงประโยชน์ของความคิดอัตโนมัติดังกล่าวว่ามีประโยชน์อะไรต่อตนเองอย่างไรบ้าง หากหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติของตนเอง ใช้เทคนิค Empty chair ให้คิดว่าถ้าคนที่เรารักคิดอัตโนมัติแบบเรา เราจะบอกคนคนนี้ว่าควรคิดอย่างไร แลกเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือสำรวจความคิดเห็นของผู้อื่นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มองเห็นความคิดที่กว้างและหลากหลายมากขึ้น

ความคิดอัตโนมัติที่ผ่านการพิสูจน์และประเมินแล้วสามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ความคิดใหม่ได้ โดยดูจาก 2 แง่มุมคือ ความถูกต้อง (Validity) ของความคิดนั้น ถ้าความคิดเดิมมีความบิดเบือนอยู่ (Distortion) ก็ปรับเปลี่ยนไปเป็นความคิดใหม่ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง (Realistic) และ ประโยชน์ (Utility) ของความคิดนั้น ความคิดเดิมอาจมีบางส่วนที่ถูกต้อง หรือแม้แต่ถูกต้องทั้งหมด แต่ก็ยึดถือเอาความคิดนี้เอาไว้ต่อไปอาจไม่เกิดประโยชน์กับชีวิต ถือเป็นการสร้างทุกข์ต่อไป จึงควรเปลี่ยนไปมองเรื่องนี้ในมุมมองอื่นเสีย

4.6 เทคนิคการตั้งคำถามที่ใช้ในการปรับความคิด

ประกอบด้วย 3 เทคนิค ดังนี้ (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตาและเชาวนี ล่องซุผล, 2558)

4.6.1.Socratic question

Socratic questioning ได้มาจากชื่อของนักปราชญ์ชื่อ Socratis เป็นชาวเอเธนส์ซึ่งเป็นผู้คิดค้นเทคนิคนี้ขึ้นมาเพื่อใช้สอนให้คนเรียนรู้ความจริงได้ด้วยตนเองด้วยการตั้งคำถามขึ้นมาให้ค้นคว้าเพื่อให้ได้คำตอบไปเรื่อยๆ การปรับความคิดถ้าใช้คำถาม Socratic question จะช่วยให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดสามารถที่จะเรียนรู้ด้วยตนเองและจำได้แม่นยำไม่ลืม ผู้รับการบำบัดจะถูกกระตุ้นให้ค้นพบสิ่งต่างๆด้วยตนเอง รวมทั้งทางออกได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดให้ความสนใจต่อข้อมูลจริงที่ปรากฏกับชีวิตของเขาและได้ข้อสรุปสำหรับการวางแผนชีวิตต่อไป สรุป Socratic question เป็นเทคนิคการตั้งคำถามที่ช่วยนำทางจนผู้รับการบำบัดค้นพบความคิดของตนเองหรือหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเอง เทคนิคนี้สามารถใช้เพื่อประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. การประเมินและการเขียนวงจรปัญหา เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกันของตนเองและนำไปสู่ภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ตัวอย่างคำถาม เช่น คุณรู้สึกอย่างไร อะไรที่มักจะเข้ามาบกรบกวนจิตใจของคุณ คุณทำอะไรเมื่อความคิดเข้ามาบกรบกวนจิตใจของคุณ ความคิดดังกล่าวเข้ามาครั้งแรกเมื่อไหร่ เป็นต้น

2. การให้ความรู้ การให้ความรู้ในการปรับความคิดผู้บำบัดอาจต้องมีการสอนทักษะบางอย่าง เช่น ทักษะการรักษาสิทธิ์ของตนเองหรือทักษะการฝึกการหายใจ เป็นต้น ตัวอย่างของคำถาม เช่น “ให้คุณจินตนาการว่าแม่ของคุณเดินเข้ามาในห้องของคุณในช่วงเวลาเช้าหลังคุณตื่นนอน สถานการณ์

นี้ทำให้คุณคิดถึงอะไร คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง คุณทำอะไรบ้าง” เพื่อนำเข้าสู่การสอนการรักษาสติหรือการฝึกการหายใจ

3. การท้าทายต่อความคิดที่ไม่เกิดประโยชน์ การตั้งคำถามแบบ Socratic question เป็นประโยชน์มากในการชี้แนะผู้รับการบำบัดได้ตอบคำถามและค้นพบว่าความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์เกิดขึ้น เพราะผู้รับการบำบัดเป็นผู้คิดเอง โดยลักษณะคำถามจะถามถึงผลของการคิดดังกล่าว สถานการณ์ที่สนับสนุนความคิดดังกล่าว และสถานการณ์ทางเลือกอื่น ๆ ที่ไม่ต้องคิดแบบเดิม ยกตัวอย่าง เช่น จะมีประโยชน์หรือโทษอย่างไรหากคุณยังมีความเชื่อเดิม จะได้อย่างไรถ้าเราสามารถคิดในวิธีใหม่ หากผู้อื่นคิดแบบเดียวกับคุณ คุณจะบอกคนเหล่านั้นอย่างไร คุณเคยมีประสบการณ์แบบอื่นในสถานการณ์คล้ายกันนี้หรือไม่อย่างไร คุณคิดว่าถ้าหากคนอื่นอยู่ในสถานการณ์เดียวกันกับคุณเขาจะคิดอย่างไร ถ้าหากคุณถามคนที่รักคุณเขาจะคิดต่อสถานการณ์นี้อย่างไร หากคนที่คุณรักอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวคุณจะบอกให้เขาคิดอย่างไร เมื่อคุณเห็นภาพกว้างและเห็นว่าสามารถคิดได้หลากหลายแบบ คุณจะเลือกที่จะคิดแบบเดิมที่ทำให้คุณเกิดปัญหาหรือคุณตั้งใจจะคิดแบบใหม่ เป็นต้น การตั้งคำถามจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดคิดรอบด้าน ครอบคลุมในทุกประเด็น ในขณะที่เดียวกันผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นว่าลักษณะการคิดที่บิดเบือนหรือไม่เหมาะสม เกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่จำเป็นต้องโทษหรือตำหนิตนเอง

4. การแก้ปัญหา ผู้บำบัดสามารถใช้ Socratic question ในการบำบัดเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้ผู้รับการบำบัด เช่น ตัวอย่างคำถาม เช่น คิดให้เลวร้ายที่สุดสถานการณ์ของคุณจะเป็นอย่างไรต่อไป คุณจะเตรียมตัวอย่างไรเพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว คุณจะแนะนำเพื่อนรักของคุณให้แก้ไขปัญหสถานการณ์ดังกล่าวนี้อย่างไร ถ้าปัญหานี้เกิดกับผู้อื่นคุณคิดว่าเขาจะแก้ไขอย่างไรกันบ้าง

5. ในการนิเทศหรือการเป็นที่ปรึกษา คำถามแบบ Socratic question สามารถใช้ช่วยในการนิเทศผู้บำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมได้ดีมาก เช่น คุณคิดอย่างไรกับตนเองในการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้รับการบำบัดรายแรก คุณรู้สึกอย่างไรขณะที่คุณให้การบำบัดผู้รับการบำบัดที่ให้ความร่วมมือน้อยและมีความคิดใดที่เข้ามารบกวนคุณในขณะนั้น คุณมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองหรือไม่อย่างไรในขณะให้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

ปัญหาในการใช้ Socratic question อาจเกิดขึ้นได้ในผู้รับการบำบัดที่ไม่คุ้นเคยกับการใช้คำถามประเภทนี้และหลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงความคิดของตนเองเพราะกลัวที่จะเห็นความคิดดังกล่าว จึงหลีกเลี่ยงเพื่อความรู้สึกปลอดภัยของตนเองโดยการเพิกเฉย ละเว้นที่จะเข้าไปมองเห็นความคิดดังกล่าว โยต้องตรวจสอบเช็คกับผู้รับการบำบัดว่า ตรงตามที่คุณบำบัดเข้าใจหรือไม่ ในผู้รับการบำบัดบางรายอาจตอบคำถามในลักษณะที่ว่า “ก็จริงอย่างที่ว่าคุณพูด แต่.....” ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้บำบัดให้ข้อเสนอแนะหรือสอนมากกว่าที่จะให้เขาตอบด้วยตนเอง นอกจากนี้ การตั้งคำถามแบบ Socratic question ของผู้บำบัดที่ไม่มีทิศทาง ไม่เป็นประโยชน์หรือไม่ค่อยเชื่อมโยงกับปัญหาของผู้รับการ

บ่าบัต อาจทำให้ผู้รับการบ่าบัตไม่ยอมตอบคำถามดังกล่าว น้ำเสียงและท่าทางของผู้บ่าบัตในการใช้ Socratic question เป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะอาจทำให้ผู้รับการบ่าบัตรู้สึกเหมือนเป็นครูกับนักเรียน ไม่ใช่ผู้บ่าบัตกับผู้รับการบ่าบัต ปัญหาของการใช้ Socratic question อีกประการหนึ่งคือ ผู้บ่าบัตสำรวจปัญหาโดยการ ใช้ Socratic question แต่ไม่ได้วิเคราะห์และสรุปคำตอบที่ได้ร่วมกับผู้รับการบ่าบัต

4.6.2. Downward arrow techniques

เป็นการตั้งคำถามให้เกิดการสำรวจต่อเนื่องเพื่อให้ค้นพบสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้ คำพูดของผู้รับการบ่าบัตหรือข้อสรุปส่วนตัวแบบของตัวผู้รับการบ่าบัต (Assumption) เป็นการตั้งคำถามเพื่อถามถึงความหมายของความคิดหรือความเชื่อที่ผู้รับการบ่าบัตได้เปิดใจสู่ผู้บ่าบัต เป็นการถามความหมายในคำพูดเหล่านั้นต่อตัวผู้รับการบ่าบัต สิ่งแวดล้อมของผู้รับการบ่าบัตหรืออนาคตของ ผู้รับการบ่าบัต และถามเพื่อเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อที่อยู่เบื้องหลังความคิดอัตโนมัติดังกล่าว ซึ่งมี โอกาสทำให้ผู้บ่าบัตได้มีโอกาสมองเห็นความเชื่อในระดับกลางหรือระดับลึก เป็นการแกะรอยโดยใช้ คำถาม ถามต่อไปในเรื่องดังกล่าว เช่น “หากคุณคิดแบบนี้แล้วความคิดของคุณเป็นจริง จะมีอะไร เกิดขึ้น” “จะมีสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นกับคุณอย่างไรบ้าง” “คำพูดนี้หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร” ผู้ บ่าบัตจะสามารถหยุดการสำรวจลงลึกก็เมื่อผู้บ่าบัตสามารถช่วยให้ผู้รับการบ่าบัตได้ค้นพบความคิด อัตโนมัติทางลบต่อตนเองที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ หรือผู้บ่าบัตสามารถช่วยให้ผู้รับการบ่าบัต มองเห็นความคิดและความเชื่อในระดับกลางและในระดับลึก

4.6.3 Guided discovery

เป็นการถามนำเพื่อให้ผู้รับการบ่าบัตค้นพบความคิดอัตโนมัติ จินตนาการหรือ ความเชื่อของตนเองด้วยคำตอบที่ผู้รับการบ่าบัตตอบตนเองจากการตั้งคำถามแบบ Socratic question ของผู้บ่าบัตจะช่วยทำให้ผู้รับการบ่าบัตมองเห็นความหมายของสถานการณ์ที่ตนเองคิด และทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ผู้บ่าบัตจะนำทางในการตรวจสอบหรือพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ โดย ผู้รับการบ่าบัตจะค้นพบคำตอบด้วยตนเองเช่นกัน รวมทั้งยังช่วยให้ผู้รับการบ่าบัตมองเห็นทางเลือก ในการคิดและแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่เป็นประโยชน์ ตัวอย่างของคำถามซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการ นำให้ผู้รับการบ่าบัตค้นพบตนเอง เช่น สถานการณ์อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าความคิดของคุณเป็นจริง มี สถานการณ์อะไรที่ตรงกันข้ามกับที่คุณคิดบ้างหรือไม่ มีทางเลือกอื่นที่จะอธิบายสถานการณ์นี้หรือไม่ สิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์นี้คืออะไร และคุณจะเผชิญและแก้ไขมันได้อย่างไร สิ่งที่ดีที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์นี้คืออะไร อะไรเป็นผลลัพธ์ที่เป็นจริงที่สุดสำหรับ สถานการณ์นี้ อะไรเป็นผลจากความเชื่อตามความคิดอัตโนมัติของคุณและผลนั้นทำให้คุณเปลี่ยน ความคิดของคุณอย่างไรหากเพื่อนหรือคนในครอบครัวคุณอยู่ในสถานการณ์และมีความคิดอัตโนมัติ แบบนี้ คุณจะแนะนำเขาอย่างไร เป็นต้น

4.7 วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (อรรถพรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) มีดังนี้

4.7.1 วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety reduction) ในขั้นแรกผู้รับการบำบัด

อาจมีความวิตกกังวลสูงมากต้องได้รับการบำบัดลดความวิตกกังวลในเบื้องต้นก่อน การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1) การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) เป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล สามารถใช้เป็นการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับเทคนิควิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอื่นๆ หลักการของเทคนิคนี้ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการดึงของกล้ามเนื้อซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลก็จะลดลง วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับขั้น (Progressive muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การใช้จินตนาการ (Mental imagery) การทำสมาธิ (Meditation) เป็นต้น

2) การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (Bio-feedback) การใช้เครื่องมือวัดชีวภาพต่างๆ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิของร่างกาย ความดันโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบว่าขณะนี้ตนเองมีความตึงเครียดหรือวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้รับการบำบัดได้ฝึกการผ่อนคลายแล้วพบว่าวัดซ้ำ สัญญาณความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลก็จะลดลง ผู้รับการบำบัดจะได้เกิดการเรียนรู้ความแตกต่างของร่างกายในขณะที่ตึงเครียดและผ่อนคลาย ในที่สุดจะสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลของตนเองได้

3) การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกลัว เช่น ลดความกลัวความสูง หรือกลัวการโดยสารเครื่องบิน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัว โดยอาศัยการฝึกผ่อนคลายร่วมด้วยจนผู้รับการบำบัดรู้สึกผ่อนคลายเต็มที่และค่อยๆ ให้เผชิญกับสถานการณ์กลัว โยการจินตนาการว่าตนเองกำลังเผชิญกับสิ่งที่กลัว หลังจากนั้นจึงให้ฝึกผ่อนคลายแล้วจึงค่อยๆ ให้เผชิญกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวตามลำดับขั้น จากสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด เทคนิควิธีการนี้อาศัยหลักการที่ว่าสิ่งที่ตรงกันข้ามสองอย่างไม่สามารถเกิดขึ้นร่วมกันในเวลาเดียวกัน ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลายกับความรู้สึกกลัวกังวล แต่เมื่อนำมาควบคุมกันอย่างเหมาะสมทีละน้อยๆตามลำดับก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ในที่สุด

4) การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (Flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการให้เผชิญสิ่งที่กลัวโดยตรง (Exposure therapy) เป็นการให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงทันที โดยไม่มีการฝึกการผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับ ผู้รับการบำบัดด้วยวิธีนี้จะเกิดความรู้สึกกลัวอย่างสูงสุด หลังจากนั้นผู้รับการ

บำบัดจะเกิดการเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทนและควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นๆได้ ความกลัวจะลดลงจนหมดไป

5) การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (Response prevention) ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือเหตุการณ์ที่กลัวหรือกังวลโดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้นๆ วิธีการนี้อาศัยหลักการที่ว่าทำให้เผชิญกับสิ่งกระตุ้นความกังวลซ้ำๆ โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล จะทำให้ความกลัวหรือความกังวลนั้นลดลง เช่น ผู้รับการบำบัดที่มีอาการย้ำคิด มีความกลัวการใช้ห้องน้ำสาธารณะ และมีพฤติกรรมย้ำทำด้วยการล้างมือซ้ำๆหลายๆครั้งในแต่ละวัน ผู้บำบัดก็จะให้ผู้รับการบำบัดเข้าใช้ห้องน้ำสาธารณะทุกๆวัน โดยให้โอกาสเปิดน้ำล้างมือได้เพียงครั้งเดียว 30 วินาทีเท่านั้น วิธีการนี้เมื่อได้กระทำอย่างต่อเนื่องอาการย้ำคิดและพฤติกรรมย้ำทำก็จะลดลง

4.7.2 วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (Cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังนี้

1) การตรวจสอบความคิด อารมณ์และความรู้สึก (Monitoring thought, Affects and Feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งที่เป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ ขั้นตอนที่สำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้และสามารถตรวจสอบความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน โดยให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 5 ประเด็นคือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น อารมณ์ความรู้สึก ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และผลลัพธ์หรือผลที่เกิดขึ้น

2) การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) ขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดจะช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัดรวมถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย ผู้รับการบำบัดมักจะทำให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสซักถามผู้บำบัด ครอบครัวและสมาชิกอื่นๆเพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้รับการบำบัดตีความไว้ ให้ผู้รับการบำบัดสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความจริงมากยิ่งขึ้น

3) การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายรายมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ จะเห็นได้ชัดเจนในผู้รับการบำบัดที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหามากๆวิธีออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือในการเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ

4) การลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้

5) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน เช่น การเปลี่ยนมุมมองผู้รับการบำบัดว่ามารดายุ่งเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดค่อนข้างมาก เป็นการแสดงถึงความเป็นห่วงของมารดาที่มีต่อผู้รับการบำบัด เป็นต้น

6) การหยุดความคิด (Thought stopping) ปัญหาของผู้รับการบำบัดแม้บางครั้งอาจจะเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปดูเหมือนปัญหานั้นจะสำคัญมากขึ้นอาจจะทำให้ผู้รับการบำบัดหยุดหรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดโดยนึกภาพสมมติ เช่น การนึกถึงภาพหยุดการสั้นกระดิ่ง ปิดสวิทช์ไฟ ซึ่งเหมือนกับการหยุดความคิดของผู้รับการบำบัด ในระยะเริ่มต้นผู้บำบัดอาจช่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหาและให้ผู้รับการบำบัดนึกถึงปัญหานั้นๆ แล้วผู้บำบัดก็จะบอกผู้รับการบำบัดตั้งๆว่า “หยุด” เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้รับการบำบัดโดยนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

4.7.3 วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior)

วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้รับการบำบัด โดยใช้วิธีการดังนี้

1) การแสดงเป็นแบบอย่าง (Modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง โดยให้ผู้รับการบำบัดสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดีบางครั้งอาจ

รู้สึกว่าการทำได้ยากลำบาก แต่ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกฝนและทำตามพฤติกรรมดังกล่าวได้ที่ละน้อยๆ เมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความพร้อม

2) การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจหรือการให้คำชม เมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

3) การให้เบี้ยอรรถกร (Token economy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการเสริมแรง (Reinforcement) วิธีการนี้อาศัยหลักการของการเสริมแรงหรือให้รางวัล เมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม โดยการให้เบี้ยอรรถกรซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้รับการบำบัดสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสะสมเหรียญได้จำนวนหนึ่งก็สามารถนำมาแลกรับสิ่งที่ผู้รับการบำบัดต้องการ เช่น อาหาร การได้สิทธิพิเศษบางอย่าง

4) การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก โดยผู้บำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ หรืออาจแนะนำเทคนิควิธีการอื่นๆ มาใช้ร่วมด้วย ได้แก่ การฝึกย้อนสลับบทบาท (Role reversal) โดยการลองแสดงสลับบทบาทกับบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่แตกต่างและคิดในมุมกลับ ส่งผลให้จัดการเหตุการณ์ที่ยากลำบากในมุมมองที่ต่างไปจากเดิม

5) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม ปัญหาทักษะทางสังคมจะพบเสมอในผู้รับการบำบัดทางจิตเวชหลายราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (Guidance) การแสดงให้เห็น (Demonstration) การฝึกปฏิบัติ (Practice) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) มักใช้ในผู้รับการบำบัดที่ขาดทักษะทางสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้รับการบำบัดที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธหรือความไม่พอใจได้

6) การให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยการให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น ให้ผู้รับการบำบัดติดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีผู้รับการบำบัดเกิดการย้ำคิดถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดขึ้น เป็นต้น

4.8 เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4.8.1 เทคนิคการสอน (Didactic technique) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสม โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้รับการบำบัดให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบ

สมมุติฐานที่ตั้งขึ้น อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมรวมทั้งเหตุผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.8.2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy techniques) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting automatic thought) หรือ การค้นหา Automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ หมายถึง ความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (External event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ผู้บำบัดฝึกให้ผู้รับการบำบัดสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ที่มากระทบ ผู้รับการบำบัดอาจรายงานเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลจะอธิบาย โดยใช้การบันทึกด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) อาจบันทึกในตารางจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2) การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Testing automatic thought) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้รับการบำบัดทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้รับการบำบัดมีความแม่นยำตรง สมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้ใช้อื่น (Alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้รับการบำบัดถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มีก่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติและการให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผลและความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง จนตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3) พิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้บำบัดมักจะพบข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในความคิด การเข้าใจของผู้รับการบำบัด ซึ่งผู้รับการบำบัดยึดข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต จนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกไม่พอใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณเองล้มเหลว ในขั้นตอนนี้ Beck et al. (1979) กล่าวว่า

เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (Reattribution) และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (Decatastrophizing)

4) วิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดทดสอบว่าข้อสันนิษฐานที่มีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแงุ่มใหม่ มีลักษณะของความคิด การตีความปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

4.8.3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีหลายเทคนิค ดังนี้

1) การจัดกิจกรรม (Scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเองและลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำส่งต่างๆ

2) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นแม้ว่าจะเป็นเพียงชั่วคราว ให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

3) การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task assignment) ผู้รับการบำบัดจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้สามารถประเมินความสำเร็จและความพอใจในการทำกิจกรรม จากนั้นจะมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4) การให้การบ้าน (Homework) การบ้าน หมายถึง งานที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้หรือฝึกทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้รับการบำบัดได้หัดกระทำแทนการฟังและพูดโดยการทำการบ้าน จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการและควบคุมอาการของตนเองได้ด้วยตนเอง

ลักษณะของการบ้านการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดควรเป็นเรื่องที่ตั้งต่อไปนี้สังเกตตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีผลกระทบต่อตัวเขา เขาคิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร มีความรุนแรงของความรู้สึกมากหรือน้อยเพียงใด และส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร สังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ สังเกตความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรมหลังจากปรับเปลี่ยนความคิด การฝึกเทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการจินตนาการ เป็นต้น และรายงานให้ผู้บำบัดทราบด้วยวาจา อาจเป็นการ

เขียนบันทึก หรือบันทึกเสียงก็ได้ ทดลองและทำพฤติกรรมใหม่ (Behavior experiment) เพื่อดูผลจากการกระทำพฤติกรรมใหม่นั้น (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

ความสำคัญของการบ้านเป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์ที่มีผลต่อความคิดซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของผู้รับการบำบัด ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆในรูปแบบของการคิด ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเหตุที่มาของปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ทำให้สามารถปรับแก้ปัญหาของตนเองได้ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทดลองปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งได้เห็นพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระที่เปลี่ยนไปหลังจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรมด้วยตนเอง และช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ในอนาคต(เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

ลักษณะที่ดีของการบ้านต้องเกี่ยวข้องกับประเด็นในแต่ละครั้งของการบำบัด ต้องมีรายละเอียดว่าจะทำอย่างไร ที่ไหน เมื่อไหร่ กับใคร ระยะเวลาเท่าใด ผู้บำบัดต้องมั่นใจว่าผู้รับการบำบัดจะไม่ล้มเหลวในแผนการที่จะทำการบ้านนั้น ผู้บำบัดอาจจะต้องให้แหล่งความช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้รับการบำบัดล้มเหลวในการทำการบ้าน การเขียนบันทึกการบ้านจะช่วยให้ใช้ประโยชน์จากการบ้านได้เป็นรูปธรรมในการเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม รวมทั้งสรีระ ในทุกครั้งของการบำบัดจะตื่อนำการบ้านมาวิเคราะห์เชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งสรีระที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิด รูปแบบของการบ้านอาจจะมีหลายรูปแบบแล้วแต่ความถนัดและความสามารถของแต่ละคน เช่น ให้เขียนบันทึกในตารางที่กำหนดไว้หรือในแบบประเมิน อัดเทปไว้สายเสียงของผู้รับการบำบัดที่เล่าไว้ เขียนไดอารี่ประจำวัน บันทึกในตารางช่วยบันทึก มาเล่าให้ผู้บำบัดฟังในแต่ละครั้งของการบำบัด และวาดรูปก็ได้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

4.9 เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการอารมณ์โกรธ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการอารมณ์โกรธจะต้องมุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเองผ่านทางสัญญาณกายต่างๆ เช่น สีหน้า น้ำเสียง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเต้นของหัวใจ ปรับพฤติกรรมจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ จัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธ ทบทวนความคิดที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดตัวบุคคล หรือกฎเกณฑ์และหลักการที่ผู้รับการบำบัดยึดถือ เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (2552) ได้เสนอแนะกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการอารมณ์โกรธไว้ดังนี้

4.9.1 การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง

การที่คนเราเราสามารถบอกอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้บางครั้งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะบางคนมีความสับสนระหว่างอารมณ์และความคิด ดังนั้นจึงต้องใช้ทักษะในการฝึกฝนเพื่อให้ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง โดยมีวิธีการดังนี้

- 1) การสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เป็นต้น
- 2) สังเกตความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์โดยใช้หลัก “ใครทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน”
- 3) ระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น รู้สึกโกรธ กลัว กังวล เศร้า ดีใจ เป็นต้น
- 4) รับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งเรารู้สึกโกรธมาก บางครั้งเรารู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้ ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมเช่นกัน

4.9.2 ยอมรับและเฝ้าติดตามอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสินหรือระงับ

- 1) เมื่อตระหนักรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นแล้วก็ทำเสมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่เข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ไม่ตัดสินหรือไม่พยายามที่จะไปเก็บกดหรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆจนกว่าอารมณ์นั้นจะค่อยๆหมดไปเอง
- 2) ผู้บำบัดอาจยกตัวอย่างเปรียบเทียบให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น เปรียบอารมณ์ได้กับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่แล้วมันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง

4.9.3 วิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสม

เมื่อผู้รับการบำบัดมีการตระหนักรู้ถึงอารมณ์ เชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้บำบัดควรสอนการจัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง เช่น การหายใจ (Breathing exercise) การผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (Body to mind relaxation) การจินตนาการ (Visualization)

5. การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความโกรธเป็นสาเหตุหนึ่งของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ (Paivio, 1999; Jung, 2000; Chan et al., 2003; Song & Min, 2009) นอกจากนี้จากการทบทวนยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติของบุคคล เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกย่ำยี จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งกระบวนการคิดมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความโกรธ และการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย (Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) จากเหตุผลดังกล่าวการที่จะบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องจัดการที่ต้นเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั่นคือ ความโกรธ ซึ่งการจัดการความโกรธที่ได้ผลจะต้องปรับที่ความคิดก่อน เนื่องจากความคิดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนอารมณ์ (दारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2555) และอารมณ์เป็นตัวสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) สิ่งเร้าที่มารบกวนบุคคลไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล (Beck, 1995) เพราะฉะนั้นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิดร่วมด้วย เพราะความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการปรับความคิด (Dobson, 2010 อ้างถึงในदारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2555) ผู้ศึกษาได้ใช้การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยการจัดการความโกรธโดยใช้แนวคิดของ Novaco (1975) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า การเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนการปรับความคิดผู้วิจัยใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงทำให้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ถ้าปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและสมเหตุสมผล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะบูรณาการแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับการปรับความคิดตามแนวคิดของ Beck (1995) เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอน 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การใช้สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด และช่วยให้ผู้รับการบำบัดยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 2) กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 3) กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และ 4) กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ความรู้เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทราบถึงผลกระทบของความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ เกิดการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ 3) กิจกรรมการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน

ขั้นที่ 2 ขั้นฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

การดำเนินกิจกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน และการตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ 4) การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระดับอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมการฝึกทักษะการจินตนาการ

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระดับอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) 4) การฝึกทักษะการจินตนาการ (Visualization)

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระดับอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) 4) การจัดการความโกรธ ในกิจกรรมนี้ใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive)

ขั้นที่ 3 ขั้นการฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่นร่วมกับการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

ให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและแสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามกระบวนการ และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธอีกโดยเน้นการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดเพราะผู้ที่มีความสุขมักจะโกรธยาก และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Beck & Fernandez (1998) ได้ทบทวนงานวิจัยแบบการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Meat-Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ที่มีปัญหาจากการแสดงความโกรธที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มีความสำคัญในการจัดการความโกรธมาก ผู้ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการแสดงความโกรธได้ร้อยละ 76 และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ มีความคงอยู่นานเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

To & Chan (2000) ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในตึกผู้ป่วยชายและตึกผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลจิตเวชฮ่องกงมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ 1) ระดับ IQ ระหว่าง 40-70 (Wechsler's scales) 2) ประเมินโดยนักจิตภายในระยะเวลา 2 ปีประวัติก้าวร้าวที่บ้านหรือที่ ward ในเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา 3) ไม่มีความพิการทางร่างกายหรือทางประสาทสัมผัส 4) อาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยที่หุนหวก IQ ต่ำกว่า 40 หรือมีปัญหากล้ามเนื้อไม่ได้รับการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (The checklist of aggressive behavior) โดยวัดก่อนและหลังการเข้ากลุ่มฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยแยกการฝึกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มหญิงและกลุ่มชายผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อผู้ป่วยร้อยละ 14.7 มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ลดลงหลังการฝึกพบว่ามี 3 พฤติกรรม คือ ขว้างวัตถุสิ่งของใส่คนอื่น ขูดข่วนคนอื่น และแสดงพฤติกรรมลวนลามทางเพศ เพิ่มมากขึ้น มี 4 พฤติกรรมลดลงในผู้ป่วยทุกคนคือ พฤติกรรมฉีกเสื้อผ้า ทำร้ายตนเอง กัดคนอื่น และชก/จี้ตามผู้อื่น

Tomas (2001) ได้ศึกษาการจัดการความโกรธที่เหมาะสมในผู้หญิงโดยใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 4 กลุ่ม ดำเนินการกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 เน้นการให้ความรู้เรื่องความโกรธและความสัมพันธ์ของความโกรธ คำจำกัดความ ความแตกต่างระหว่างโทสะ ความโกรธ การมีเจตนาร้าย ก้าวร้าวรุนแรง สาเหตุของความโกรธและผลกระทบ สัปดาห์ที่ 2 เน้นรูปแบบการแสดง ความโกรธและหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการความโกรธ เทคนิคการจัดการความโกรธ สัปดาห์ที่ 3 เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยความโกรธในการทำงาน พฤติกรรมก้าวร้าวแบบ Passive ตัวกระตุ้นที่ทำให้โกรธ และสัปดาห์ที่ 4 ความโกรธที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ผลการศึกษา พบว่าการสอนการจัดการความโกรธทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เรียนรู้ เข้าใจเกี่ยวกับความโกรธ ส่งผลให้มีการแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม

Paul et al. (2002) ได้ศึกษาผลของการบำบัดการจัดการกับความโกรธในผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับอ่อน (mild) ใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ใช้เวลาในการบำบัด 9 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดความโกรธ

Burns et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีสติและไร้ความสามารถในการรับรู้เพื่อประเมินผลของโครงสร้างโปรแกรมการจัดการความโกรธ ในผู้ป่วยจิตเวชชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นบุคลิกภาพต่อต้านสังคมและกลุ่มอาการอารมณ์แปรปรวน โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) โดยการเข้ากลุ่มเพื่อปรับความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์โกรธ โปรแกรมการบำบัดใช้เวลา 12 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการควบคุมความโกรธเพิ่มมากขึ้น และกระบวนการกลุ่มเอื้อในการมีส่วนร่วมในการจัดการอารมณ์โกรธที่เหมาะสม

Chan et al. (2003) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความโกรธในการลดการแสดงออกของอารมณ์โกรธในผู้ป่วยโรคจิตเภทในตอนเหนือของไต้หวันได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองมีจำนวน 35 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 43 คนโดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์โกรธใช้แนวคิดการจัดการกับอารมณ์โกรธของ Novaco (1975) ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และขั้นการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมตนเองซึ่งมีการแจกแจงด้านการรับรู้และการฝึกฝนในการควบคุมตนเองการฝึกการผ่อนคลายทักษะทางสังคมและการแก้ไขปัญหาในแต่ละกลุ่มจะพบกัน 10 ครั้ง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ใช้เวลา 60 นาทีต่อครั้งและมีระยะ

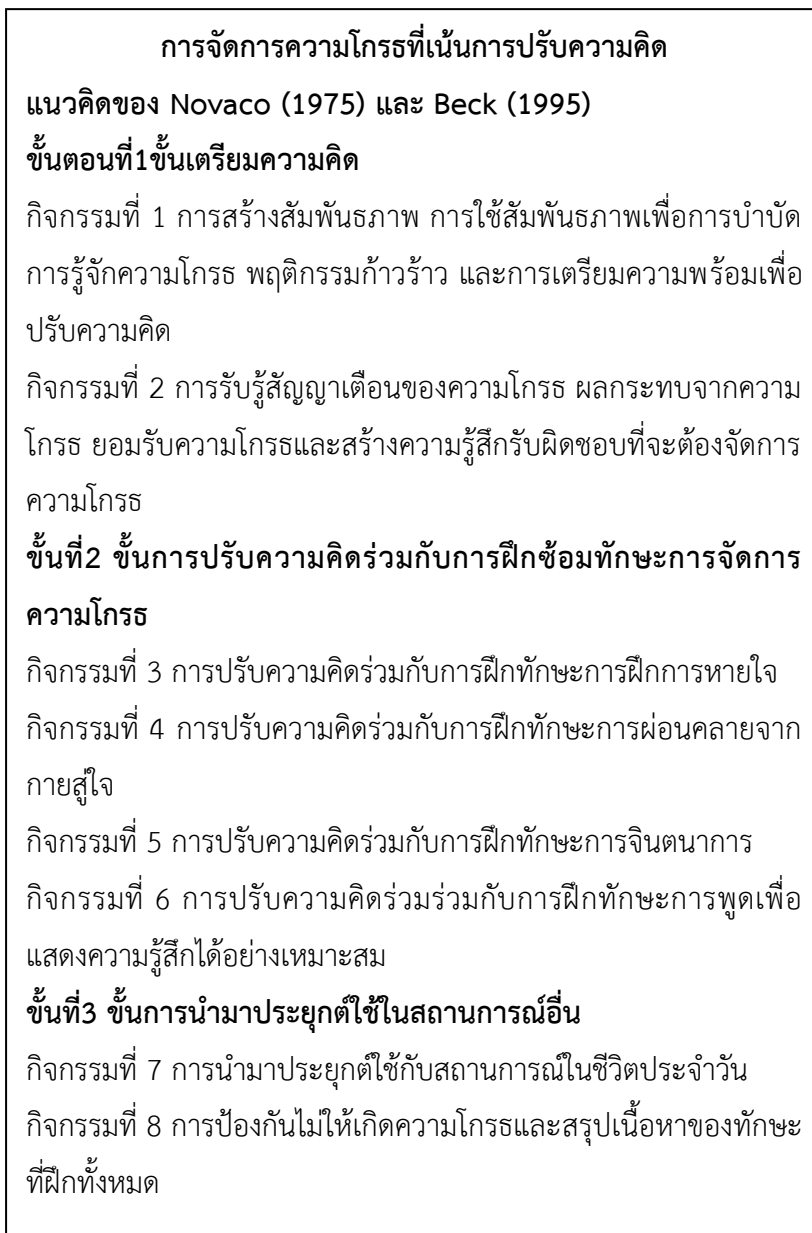
ติดตามผล 2 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการควบคุมความโกรธสามารถลดการแสดงออกความโกรธและเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้

Dunbar (2004) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความโกรธแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวช โปรแกรมการบำบัดบูรณาการจากการให้ความรู้ทางจิต (Psycho-education) และการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ได้โครงสร้างของการบำบัดประกอบด้วย 12 แนวคิด โปรแกรมการบำบัดใช้เวลา 16 สัปดาห์ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก พฤติกรรม และสามารถจัดการความโกรธอย่างมีประสิทธิภาพ

Hagiliassis et al. (2005) ได้ศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการจัดการความโกรธช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถบกพร่องที่มีความโกรธโดยใช้แนวคิดพื้นฐานการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน มีการบำบัด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีความสามารถจัดการความโกรธมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัด

กัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท 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

กรอบแนวคิดในการวิจัย



พฤติกรรม
ก้าวร้าวของ
ผู้ป่วยจิตเภท
(Yudofsky
et al., 1986)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการทดลองดังนี้

| | | | |
|----------------|----------------|----------------|-------------|
| O ₁ | X ₁ | O ₂ | กลุ่มทดลอง |
| O ₃ | | O ₄ | กลุ่มควบคุม |

| | | |
|----------------|---------|--|
| O ₁ | หมายถึง | การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง |
| O ₂ | หมายถึง | การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง |
| X ₁ | หมายถึง | การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด |
| O ₃ | หมายถึง | การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม |
| O ₄ | หมายถึง | การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม |

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว จากประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา โดยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง (15-21 คะแนน)
3. มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. ไม่พบความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเชาวน์ปัญญา โดยมีค่าคะแนนการประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination : Thai-Version (MMSE-THAI 2002)) โดยผ่านเกณฑ์ประเมินคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน เพราะการประเมินสมรรถภาพทางสมองเน้นด้านความคิด ถ้าความคิดความจำไม่ดี (Cognitive impairment) จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาการปรับความคิดได้
5. มีความสามารถพูดคุยนสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Beck (2004) ที่กล่าวถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างว่า การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนกลุ่มละไม่ต่ำกว่า 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop out) และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ในงานวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 40 คน กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย (Inclusion criteria) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 40 คน จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อ การวิจัยในครั้งนี้ โดยควบคุมให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุดการวิจัยนี้ จับคู่ในเรื่องของอายุ และระดับคะแนน BPRS (Rossi, 1986; Chou et al., 2002)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการศึกษาวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไขให้สามารถทำการวิจัยได้ตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยได้นำหนังสือดังกล่าวเสนอต่อรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลจิตเวช เพื่อขออนุญาตคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม – 18 ธันวาคม 2558 ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชาย วิกฤตฉุกเฉิน กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด1 และกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด2 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในเวลลาดังกล่าวจำนวน 58 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมดจำนวน 58 คน โดยศึกษาจากอาการสำคัญและประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

จิตเภทในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทได้จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในเบื้องต้น

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 40 คน หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน มีความสนใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Pre-test) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินจากประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คน มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรงทั้งหมด (15-21 คะแนน)

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีลักษณะด้านประชากรที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ อายุ และระดับคะแนน BPRS ซึ่งผู้วิจัยสามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 20 คู่ ดังข้อมูลตามตารางที่ 1

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าช่วงอายุที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนใหญ่เพศชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งพบมากในช่วงอายุ 20-30 ปี (Rossi , 1986 ; Chou et al., 2002) และคะแนนอาการทางจิต BPRS โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ เกณฑ์ปกติ คะแนนน้อยกว่า 18 มีอาการทางจิตสงบหรือไม่รุนแรง คะแนน 18-36 มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน คะแนนมากกว่า 36 (Gorham, 1962 ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุรณ์. 2546)

5. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และฉลากที่จับขึ้นมาทีหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 1 ลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง(Matched paired) ตามอายุและคะแนนอาการทางจิต BPRS ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คู่ที่ | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|--------|------------|-------------------------|-------------|-------------------------|
| | อายุ | คะแนนอาการทางจิต (BPRS) | อายุ | คะแนนอาการทางจิต (BPRS) |
| 1 | 20-29 | 30 | 20-29 | 30 |
| 2 | 30-39 | 31 | 30-39 | 31 |
| 3 | 40-49 | 31 | 40-49 | 31 |
| 4 | 20-29 | 30 | 20-29 | 30 |
| 5 | 30-39 | 34 | 30-39 | 34 |
| 6 | 30-39 | 32 | 30-39 | 32 |
| 7 | 20-29 | 34 | 20-29 | 35 |
| 8 | 40-49 | 35 | 40-49 | 34 |
| 9 | 50-59 | 31 | 50-59 | 32 |
| 10 | 20-29 | 33 | 20-29 | 33 |
| 11 | 50-59 | 31 | 50-59 | 30 |
| 12 | 50-59 | 32 | 50-59 | 32 |
| 13 | 30-39 | 33 | 30-39 | 33 |
| 14 | 40-49 | 33 | 40-49 | 33 |
| 15 | 20-29 | 34 | 20-29 | 34 |
| 16 | 20-29 | 32 | 20-29 | 32 |
| 17 | 30-39 | 31 | 30-39 | 31 |
| 18 | 40-49 | 34 | 40-49 | 34 |
| 19 | 40-49 | 32 | 40-49 | 32 |
| 20 | 20-29 | 32 | 20-29 | 32 |

จากตารางที่ 1 พบว่า มีการจับคู่ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ช่วงอายุ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งเป็น ช่วง 4 ช่วง จากตารางพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-19 ปี จำนวน 14 คน รองลงมาคือช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 10 คน, 40-49 ปี จำนวน 10 คน, และช่วง 50-59 ปี จำนวน 6 คน ตามลำดับ ส่วนค่าคะแนน BPRS พบว่าทั้งหมดมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย (19-36) ส่วนใหญ่ที่พบได้คะแนน 32 คะแนน จำนวน 11 คน รองลงมาคือ 31 และ 34 คะแนน จำนวน 8 คน, 33 คะแนน จำนวน 6 คน, 30 คะแนน จำนวน 5 คน และ 35 คะแนน จำนวน 2 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการอนุมัติจริยธรรมการศึกษาวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไขให้สามารถทำการวิจัยได้ เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2558

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย การปฏิเสธหรือการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้นจะไม่ส่งผลกระทบต่อพยาบาลและการบำบัดรักษาที่จะได้รับ รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรงตลอดเวลา ผู้วิจัยชี้แจงเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงข้อมูลดังกล่าวอย่างเข้าใจและมีความยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Informed Consent)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Novaco (1975) และ Beck (1995)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ (2542)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการแสดงความโกรธของ Spiellberger (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ทศไนย วงศ์สุวรรณ (2542) และสิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำมาพัฒนาปรับใช้เฉพาะส่วนที่วัดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) และแบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination : Thai-Version (MMSE-THAI 2002)) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Folstein, Folstein, and McHugh (1975) ต่อมามีการพัฒนาแบบประเมินนี้เป็นฉบับภาษาไทยโดยคณะกรรมการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดของ Novaco (1975) ร่วมกับการใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) นอกจากนั้นยังได้ศึกษาเนื้อหาที่สำคัญมีความเกี่ยวข้อง และครอบคลุมในเรื่องของการจัดการความโกรธ การบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยองค์ความรู้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ในงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck(1995) กิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นตามแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ในแต่ละขั้นตอนจะใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck(1995) เข้ามาร่วมทุกขั้นตอน หลังจากนั้นได้กำหนดโครงสร้างของกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นที่การปรับความคิดเพื่อให้ตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเองผ่านทางสัญญาณกายต่างๆ ปรับความคิดที่นำไปสู่ความโกรธ และสอนการจัดการกับสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ทักษะต่างๆเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และขั้นเตรียมความคิดเป็นการให้ความรู้ซึ่งมีด้วยกัน 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน และช่วยให้ผู้รับการบำบัดยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552) โดยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธและสร้างความตระหนักรู้ความโกรธเข้าใจรูปแบบความคิด ความสัมพันธ์ของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ และเข้าใจรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์โกรธ และสรีระ ให้ความรู้เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในได้ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ (Paul

et al.2002) ในขั้นนี้ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่มากระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ โดยให้ระบุสถานการณ์ที่เฉพาะนั้น ระบุนามคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธและความเชื่อที่มีผลต่อความคิด ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการปรับความคิด และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ กิจกรรมการยอมรับความโกรธและการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนจากความโกรธเป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าการกำลังมีความโกรธด้วยการสังเกตปฏิกิริยาทางกายเริ่มเมื่อเกิดความโกรธ จะทำให้รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง เป็นการจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Paul et al., 2002) ผู้รับการบำบัดจะได้รับการสอนให้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ และช่วยให้การบำบัดได้ผลดี (Jones & Hollin, 2004) การสร้างความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ทำกิจกรรมเปิดใจให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธในอดีต ช่วยให้เกิดการยอมรับในความโกรธของตนเองและอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าความโกรธเป็นอารมณ์ธรรมชาติของมนุษย์ปกติทั่วไปเพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ขวนขวายมองว่าเป็นเรื่องปกติแต่หากขาดการควบคุมและไม่รู้จักที่จะจัดการกับอารมณ์โกรธและหาวิธีป้องกันอย่างถูกวิธี ก็จะทำให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดเองและเกิดปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัญหาในที่ทำงาน และอื่นๆอีกมากมายที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นการสร้างความความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหา จากนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการทำทนายผู้รับการบำบัดให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากผู้ที่ถูกความโกรธครอบงำมาเป็นผู้ควบคุมและจัดการความโกรธให้ได้ อย่าให้ความโกรธเป็นผู้ที่มาควบคุมและจัดการเรา เพื่อความสงบสุขในชีวิตและสังคม

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การตรวจสอบสภาพอารมณ์ การปรับความคิด การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ตาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนิ ล่องชูผล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การจัดการความโกรธใช้ทักษะการฝึกการหายใจ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) ส่วนการปรับความคิดผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้

กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การตรวจสอบสภาพอารมณ์ การปรับความคิด การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ตา รารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนิ ล่องชูผล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ เปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยให้มีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การตรวจสอบสภาพอารมณ์ การปรับความคิด การฝึกทักษะการจินตนาการ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ตา รารวรรณ ต๊ะปินตา และ เขาวนิ ล่องชูผล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการจินตนาการ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า จะช่วยให้มองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมร่วมกับการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การตรวจสอบสภาพอารมณ์ การปรับความคิด การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนิ ล่องชอุผล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เป็นการพูดเพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ เปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

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

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

ระยะเวลา ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ โดยใช้กิจกรรมชื่อ “คืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ” เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดต้องการที่จะสร้างความสุขให้กับผู้รับการบำบัด เพราะผู้ที่มีความสุขมักโกรธยากและให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการที่จะทำอย่างไรให้ตนเองเป็นผู้ที่มีจิตใจสงบและเป็นผู้ที่มีความสดใสจากนั้นผู้บำบัดได้ให้ข้อปฏิบัติที่จะทำอย่างไรเพื่อเป็นการคืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ และสุดท้ายผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้บอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้รับการบำบัดรับรู้ได้หลังจากฝึกทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดครบทุกขั้นตอน ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกันผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกันและยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโครงสร้างของกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมแล้วนำไปแก้ไขตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ความถูกต้องชัดเจน ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ โดยมีประเด็นในการปรับแก้ดังนี้

1. ในส่วนของกิจกรรมที่เป็นการให้ความรู้ต่างๆควรมีการปรับชื่อกิจกรรมให้ดูน่าสนใจ ผู้วิจัยจึงได้ปรับชื่อกิจกรรมใหม่ให้มีความน่าสนใจ เช่น การรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ คั้นความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ เป็นต้น

2. ในขั้นตอนที่ 2 ในส่วนของการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดควรมีการแบ่งเป็นขั้นตอนและกำหนดเวลาให้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้ปรับการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที) การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที) การฝึกทักษะการจัดการความโกรธ (ใช้เวลา 30 นาที) และมีการใช้การตรวจสอบสภาพอารมณ์ให้คะแนนอารมณ์โกรธเป็นตัวกำหนดว่าควรที่จะดำเนินกิจกรรมใดก่อน

3. ในส่วนของคู่มือที่มอบให้ผู้ป่วยจิตเภทในระหว่างการดำเนินกิจกรรมไม่มีภาพประกอบทำให้ดูไม่น่าสนใจ ไม่สื่อความหมายและการมีภาพประกอบจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมาย เกิดจินตนาการคิดตามได้ดียิ่งขึ้น มีความน่าสนใจ ผู้วิจัยจึงได้ปรับโดยการเพิ่มรูปภาพในคู่มือ โดยภาพที่ใช้ประกอบผู้วิจัยวาดเองทั้งหมดเพื่อป้องกันปัญหาลิขสิทธิ์ทางกฎหมายและช่วยให้ได้ภาพที่ตรงกับสิ่งที่ต้องการสื่อได้เฉพาะมากยิ่งขึ้น

หลังจากที่ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำไปเสนอกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อช่วยตรวจสอบและพิจารณาถึงความเหมาะสมอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่แผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างวันที่ 17 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 17

ธันวาคม 2558 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองเครื่องมือไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กิจกรรมบำบัดครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนประเมินความชัดเจนของเนื้อหาของกิจกรรม ภาษาที่ใช้ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

หลังจากที่ได้ทดลองใช้กิจกรรมบำบัด ประเมินผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ได้ดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามกระบวนการที่ผู้วิจัยวางไว้ได้เป็นอย่างดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al.(1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ(2542) แบบประเมินประกอบด้วย พฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบว่ามี และ ไม่มี จากประวัติการแสดงพฤติกรรมที่ผ่านมา
วิธีคิดค่าคะแนน

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

| พฤติกรรม | น้ำหนักคะแนน | |
|--|--------------|-------|
| | มี | ไม่มี |
| 1.พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 4 ข้อ คือ | | |
| พฤติกรรม | | |
| -ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ | 1 | 0 |
| -ตะโกนว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น “ไอ้โง่” | 2 | 0 |
| -ด่าว่าหยาบคายรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคาย | 3 | 0 |
| -พูดข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่น เช่น “ฉันจะฆ่าแก” | 4 | 0 |
| 2.พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ คือ | มี | ไม่มี |
| -ปิดประตูเสียงดัง ฉีกเสื้อผ้า ทำข้าวของกระเจาย | 2 | 0 |
| -ขว้างปาสิ่งของ เตะเฟอร์นิเจอร์ ทุกกำแพง | 3 | 0 |
| -ทำสิ่งของแตกกระเจาย เช่น ทุกกระจก | 4 | 0 |
| -จุดไฟเผาสิ่งของ หรือขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ก้อนหิน | 5 | 0 |
| 3.พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง จำนวน 4 ข้อ คือ | มี | ไม่มี |
| -ขีดข่วนตนเอง ทุกตีตนเองแต่ไม่บาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย | 3 | 0 |
| -ตีหัวตนเอง ทุกกำปั้นลงบนสิ่งของ ทิ้งตัวลงบนพื้นหรือสิ่งของ | 4 | 0 |

จนมีรอยบาดแผลเล็กน้อย หรือจำเขี้ยว หรือรอยแผลไหม้ระดับน้อย

-ทำร้ายตนเองจนมีรอยแผลลึก หรือกัดจนเลือดออก หรือบาดเจ็บภายใน 5 0

-ทำร้ายตนเองจนกระดูกหัก หมดสติ หรือกรีดตนเองเป็นรอยขนาดใหญ่ 6 0

หรือกินยาพิษ หรือแฆวนคอตตนเอง

4. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ คือ มี ไม่มี

-ทำท่าคุกคาม ต่อยลม กำมือแน่น 3 0

-ทุบ ชก เตะ ผลักผู้อื่น ดึงผมผู้อื่นแต่ไม่บาดเจ็บ 4 0

-ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง (มีรอยขีด ขีดบาดเจ็บ เคล็ด บวม) 5 0

-ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก มีบาดแผลลึก บาดเจ็บภายใน) 6 0

การแปลผล

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

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ/หรือมีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยในการตรวจสอบจะมีระดับการให้คะแนนความสอดคล้องเป็นระดับ 1-4 คะแนน ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง นอกจากนี้ยังได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity

Index:CVI ซึ่งในการวิจัยนี้พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวมีค่าค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ได้นำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Kuder Richardson (KR-20) พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าในการวิจัยครั้งนี้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .81 (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เป็นแบบวัดการแสดงความโกรธ เป็นแบบวัดการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ทศไนย วงศ์สุวรรณ ในปี พ.ศ. 2542 และสิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำมาพัฒนาปรับใช้เฉพาะส่วนที่วัดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. ข้อความที่วัดการเก็บความโกรธไว้ภายใน (Anger-in) มี 8 ข้อ (ข้อที่ 4,5,9,12,15,16,20,24)เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วเก็บความรู้สึกไว้ภายในหรือเก็บความรู้สึกโกรธไว้
2. ข้อความที่วัดการแสดงความโกรธออกมามาก (Anger-out) มี 8 ข้อ (ข้อที่ 2,6,8,11,13,18,21,23) เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วแสดงความรู้สึกต่อบุคคลหรือสิ่งของในสภาพแวดล้อม
3. ข้อความที่วัดการควบคุมความโกรธ (Anger-control) มี 8 ข้อ (ข้อที่ 1,3,7,10,14,17,19,22) เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วพยายามที่จะควบคุมการแสดงความโกรธ

แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการแสดงความโกรธซึ่งแบ่งเป็น 3 การวัดย่อย คือ การวัดการเก็บความโกรธไว้ภายใน การวัดการแสดงความโกรธออกนอกและการวัดการควบคุมความโกรธ จะให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่าโดยทั่วไปแล้วผู้ตอบเกิดลักษณะตามข้อคำถามที่กำหนดให้บ่อยครั้งเพียงใด โดยมีคำตอบเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 โดยมีความหมาย ดังนี้

| | | | |
|---|---------|------------------------|-------------|
| 1 | หมายถึง | เกือบจะไม่มีเลย | ให้ 1 คะแนน |
| 2 | หมายถึง | มีบางครั้ง | ให้ 2 คะแนน |
| 3 | หมายถึง | เกิดบ่อยครั้ง | ให้ 3 คะแนน |
| 4 | หมายถึง | เกือบเสมอหรือเป็นประจำ | ให้ 4 คะแนน |

การแปลผล

การแสดงความโกรธ (Anger expression) คือ ผลรวมคะแนนจากข้อความที่วัดการ แสดงออกของความโกรธออกมาภายนอก(Anger-out) การเก็บความโกรธไว้ภายใน (Anger-in) และ การควบคุมความโกรธ (Anger-control) ซึ่งเป็นดัชนีทั่วไป ที่แสดงให้เห็นทราบความถี่ที่บุคคลแสดง ความโกรธ ดัชนีการแสดงความโกรธ (X) ได้จากการคำนวณคะแนนจากมาตรวัดการเก็บความโกรธไว้ ภายใน (A) รวมกับการแสดงความโกรธออกมาภายนอก (B) ลบด้วยคะแนนจากมาตรวัดการควบคุม ความโกรธ (C) บวก 16 (16 เป็นค่าคงที่ที่ใช้เพื่อป้องกันคะแนนการแสดงความโกรธที่เป็นลบซึ่ง กำหนดโดย Spielberger) เขียนเป็นสมการได้ดังนี้ $X=A+B-C+16$ (Spielberger, 1996 อ้างถึงสิริ นภา จาติเสถียร, 2547) เมื่อได้คะแนนรวมแล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์ปกติ แปลผลโดยพิจารณาเป็น อันดับเปอร์เซ็นต์ไคล์ คะแนนที่มีอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25-75 เป็นคะแนนในช่วงปกติ ถ้าคะแนนที่ ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 25 แสดงว่าบุคคลนั้นมีการแสดงความโกรธออกภายนอกและมีการเก็บความ โกรธไว้ภายใน มักจะมีประสบการณ์การแสดงออกหรือเก็บความโกรธเพียงเล็กน้อย ถ้าคะแนนที่สูง กว่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 75 แสดงว่าบุคคลนั้นจะมีการแสดงความโกรธอยู่ในระดับที่อาจก่อให้เกิดความ ผิดปกติได้ และความโกรธของบุคคลนั้นอาจจะมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดความผิดปกติ ของจิตใจและร่างกายได้ (ทัตไฉนย วงศ์สุวรรณ, 2542)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการแสดงความ โกรธไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อ ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงตามที่ อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความ เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ/หรือมีความเชี่ยวชาญทางด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยใน การตรวจสอบจะมีระดับการให้คะแนนความสอดคล้องเป็นระดับ 1-4 คะแนน ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง นอกจากนั้นยัง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบว่าแบบวัดการแสดงความโกรธมีค่าค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ได้นำแบบวัดการแสดงความโกรธไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบวัดการแสดงความโกรธใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) พบว่าแบบวัดการแสดงความโกรธ เมื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าในการวิจัยครั้งนี้แบบวัดการแสดงความโกรธมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .83 (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

4.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

- 1= ไม่มีอาการ
- 2= สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 3= มีอาการเล็กน้อย
- 4= มีอาการปานกลาง
- 5= มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6= มีอาการรุนแรง
- 7= มีอาการรุนแรงมาก

การแปลผล

มีการแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนนน้อยกว่า 18 หมายถึง มีอาการทางจิตในเกณฑ์ปกติ

ระดับคะแนน 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวต้องมีค่าคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย คือต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

4.2 แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination : Thai-Version (MMSE-THAI 2002))

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความบกพร่องของการทำงานของระบบสมองในด้านต่างๆ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Folstein, Folstein, and McHugh (1975) ต่อมามีการพัฒนาแบบประเมินนี้เป็นฉบับภาษาไทยโดยคณะกรรมการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 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) Visuoconstruction สำหรับประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นอย่างเป็นสากลในการประเมินสมรรถภาพทางสมอง โดยพบค่าความตรงและความเที่ยงผ่านเกณฑ์ของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีจุดตัดของคะแนน ดังนี้

1) ในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าคะแนนเต็ม คือ 23 คะแนน (ไม่ต้องประเมินในรายข้อ Attention/calculation, Written command และ Writing) หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

2) ในกลุ่มผู้ที่เรียนระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนเต็ม คือ 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

3) ในกลุ่มผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนเต็ม คือ 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

การแปลผล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination : Thai-Version (MMSE-THAI 2002)) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในกลุ่มผู้ที่เรียนระดับชั้นประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และในกลุ่มผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน เพราะการประเมินสมรรถภาพทางสมองเน้นด้านความคิด ถ้าความคิดความจำไม่ดี (Cognitive impair) จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาการปรับความคิดได้

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นเตรียมการทดลองชั้นดำเนินการทดลอง และชั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้น ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความโกรธและการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากอ่านตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฝึกการบำบัดร่วมกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) วิทยากร ศ.ดร. ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ ผศ. เขาวนีย์ ล่องชุมผล ที่ อุทัยรีเวอร์เลค จังหวัดอุทัยธานี จัดโดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 วัน เมื่อวันที่ 27-29 กรกฎาคม 2558 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว และการจัดการความโกรธทั้งในกลุ่มประชากรที่เป็นจิตเภทและกลุ่มประชากรอื่น ร่วมกับการปรึกษาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมที่สุด

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1.4 เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการศึกษาวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไขให้สามารถทำการวิจัยได้ตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2558 ผู้วิจัยได้นำหนังสือดังกล่าวเสนอต่อรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลจิตเวช เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม -18 ธันวาคม 2558 ในกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชาย วิกฤตฉุกเฉิน และกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด1 และกลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด2 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในช่วงเวลาดังกล่าวจำนวน 58 คนซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมดจำนวน 58 คน ที่ดูจากอาการสำคัญและประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้ารับการรักษานในครั้งนี้ และพบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในเบื้องต้น

1.6 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดจำนวน 40 คน หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน มีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Pre-test) โดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวประเมินจากการมีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษานในครั้งนี้

1.7 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีลักษณะด้านประชากรที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ อายุ และระดับคะแนน BPRS ซึ่งผู้วิจัยสามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 20 คู่ (ดังข้อมูลตามตารางที่ 1)

1.8 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มที่ได้รับได้รับการกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับได้รับการกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และฉลากที่จับขึ้นมาทีหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.8.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับ

สถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2) ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

3) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง

1.8.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อม

2) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของYudofsky et al. (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ (2542)

2. ขั้นตอนการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-4 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการ

ของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม นัดพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Post-test)

2.1.2 กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบวัดการแสดงความโกรธ โดยมีรายละเอียดชี้แจงการดำเนินการกิจกรรมตามตารางกำหนดการในการดำเนินการในกลุ่มทดลอง



ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

| วันเดือนปี | เวลาในการดำเนินกิจกรรม | | กิจกรรม |
|-----------------|------------------------|----------------|--|
| | กลุ่มที่1 | กลุ่มที่2 | |
| 22 ธันวาคม 2558 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่1การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรม ก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อม เพื่อปรับความคิด |
| 24 ธันวาคม 2558 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่2 การรับรู้สัญญาเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึก รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ |
| 26 ธันวาคม 2558 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ |
| 28 ธันวาคม 2558 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ |
| 30 ธันวาคม 2558 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ |
| 1 มกราคม 2559 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วม ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม |
| 3 มกราคม 2559 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน |
| 10 มกราคม 2559 | 10.00-11.30 น. | 14.00-15.30 น. | กิจกรรมที่8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด |

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของการดำเนินกิจกรรม มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: (สัปดาห์ที่ 1)ขั้นเตรียมความคิด

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

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิฤต จุกฉิน

ระยะเวลา: 90 นาที

รูปแบบ :ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือนั่งตามอักษย ผู้บำบัดนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดให้รู้จักคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง ยอมรับผู้อื่น เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรม
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงความหมายของอารมณ์ ความหมายของความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธและทราบถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดเกิดอารมณ์โกรธ
6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ
7. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ ความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1

1. ผู้รับการบำบัดมีสัมพันธภาพที่ดีเกิดความไว้วางใจผู้บำบัด ให้ความร่วมมือเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัด
2. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม
3. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวได้
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ
5. ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธได้และความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดเกิดอารมณ์โกรธได้
6. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

7. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ วิเคราะห์และระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด และช่วยให้ผู้รับการบำบัดยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552) ผู้บำบัดเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากกระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธและสร้างความตระหนักรู้ความโกรธเข้าใจรูปแบบความคิด ความสัมพันธ์ของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ และเข้าใจรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์โกรธ และสรีระ ให้ความรู้เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในได้ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ (Paul et al. 2002) ในขั้นนี้ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่มากกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ โดยให้ระบุสถานการณ์ที่เฉพาะนั้น ระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธและความเชื่อที่มีผลต่อความคิด ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการปรับความคิด และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือผู้รับการบำบัด โดยการสร้างสัมพันธภาพนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับในศักดิ์ศรีและควมมี

คุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกและนำสู่การเข้าใจ ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ และอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดในครั้งต่อไป

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกโดยเริ่มจากผู้บำบัด “กล่าวทักทาย แนะนำตัวเองของผู้บำบัด ผู้บำบัดใช้การแสดงออกทางอารมณ์ สีหน้าที่แสดงถึงความจริงใจ ในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการยอมรับของผู้รับการบำบัด” โดยเน้นการทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคยแบบใกล้ชิด ผู้บำบัดใช้คำแทนตนเองว่า “ผม” แทนคำว่าพยาบาล และใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่าผู้ป่วย เพื่อให้ผู้บำบัดสามารถสร้างสายสัมพันธ์ผ่านการสนทนา และภาษากาย

2. สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองและสร้างความคุ้นเคยภายในกลุ่มให้ผู้รับการบำบัด รู้สึกมั่นคงปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม โดยให้ข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมา พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล เป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟังสมาชิกอย่างทั่วถึง ไม่ทอดทิ้งผู้รับการบำบัดคนใดคนหนึ่งในกลุ่มและสร้างความเชื่อมั่นและสร้างแรงจูงใจในการบำบัด และทราบประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดเห็นศักยภาพและสามารถดึงเอาศักยภาพของผู้รับการบำบัดมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจการบำบัดแบบกลุ่มรวมทั้งทักษะต่างๆที่ต้องใช้ในการเข้าร่วมกลุ่ม เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

3. ทำความรู้จักและความคุ้นเคยกันและมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึงในกลุ่มโดยให้ผู้รับการบำบัดคนแรกแนะนำตัวกล่าวสวัสดิแล้วแนะนำบอกชื่อ-สกุล ชื่อเล่น จากนั้นให้ถามเพื่อนสมาชิกคนถัดไปเรื่อยๆจนครบทุกคน

3. ผู้บำบัดกล่าวสรุปถึงกิจกรรมการสร้างความคุ้นเคยกันในกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักกัน ทุกคนคือเพื่อนกัน มีความรักความปรารถนาดีต่อกันและกัน และจะคอยดูแลกันตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และตลอดไป

4. ผู้บำบัดอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การรู้จักความหมายของอารมณ์ ความหมายของความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว การรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวใช้เวลาประมาณ 90 นาที และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการฝึกให้สมาชิก

เข้าใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม อธิบายกติกากลุ่มและบทบาทของผู้นำกลุ่ม และสมาชิก จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมแสดงความคิดเห็น

1.กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

1.ผู้บําบัดนำผู้รับการบําบัดเข้าสู่กิจกรรมการรู้จักความโกรธ โดยผู้บําบัดเริ่มจากการให้ผู้รับการบําบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 1 เรื่องการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นผู้บําบัดซักถามผู้รับการบําบัดว่า ใครเคยมีความโกรธบ้างหรือที่ผ่านมามีใครเคยมีความรู้สึกโกรธบ้างไหม มีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่เกิดขึ้นที่ทำให้เราโกรธ คุณรู้สึกหรือคิดอย่างไรต่อสถานการณ์นั้น เมื่อคุณเกิดความโกรธคุณมีพฤติกรรมหรือคุณแสดงออกอย่างไร

2.ผู้บําบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบําบัดแต่ละคนได้บอกเล่าประสบการณ์ความโกรธให้ครบทุกคน พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล เป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟังผู้รับการบําบัดอย่างทั่วถึง ไม่ทอดทิ้งผู้รับการบําบัดคนใดคนหนึ่งในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยช่วยสรุปเมื่อผู้รับการบําบัดแต่ละคนพูดจบและเปิดโอกาสให้ผู้รับการบําบัดซักถามหรือแสดงความคิดเห็น โดยให้ผู้รับการบําบัดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเริ่มที่ละชั้นตอนตั้งแต่บอกเล่าประสบการณ์ความโกรธเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่เกิดขึ้นที่ทำให้เราโกรธ คุณรู้สึกหรือคิดอย่างไรต่อสถานการณ์นั้น เมื่อคุณเกิดความโกรธคุณมีพฤติกรรมหรือคุณแสดงออกอย่างไร ตามลำดับ

3.ผู้บําบัดให้ข้อมูลกับผู้รับการบําบัดถึงขั้นตอนของการฝึกในชั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิด จำเป็นจะต้องมีสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธเพื่อใช้ประกอบการฝึกจึงอยากจะขออนุญาตใช้สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธของผู้รับการบําบัดที่บอกเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟัง จากนั้นจึงให้โหวตมา 4 สถานการณ์เพื่อใช้ในการฝึกในขั้นต่อไป (สถานการณ์ที่ได้รับการโหวตต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของสถานการณ์ด้วย)

4.ผู้บําบัดช่วยสรุปความหมายของความโกรธให้ผู้รับการบําบัดฟังอีกครั้งจากนั้นให้ผู้รับการบําบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบําบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2.กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ

1.ผู้บําบัดนำผู้รับการบําบัดเข้าสู่กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ โดยผู้บําบัดเริ่มจากการให้ผู้รับการบําบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 2 เรื่องการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ

2.ผู้บําบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบําบัดแต่ละคนได้บอกเล่าสาเหตุของการเกิดความโกรธของตนเองให้ครบทุกคน พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล เป็นกันเอง มีท่าทียอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟังผู้รับการบําบัดอย่างทั่วถึง ไม่ทอดทิ้งผู้รับการบําบัดคนใดคนหนึ่งในกลุ่ม จากนั้นผู้บําบัดช่วยสรุปเมื่อผู้รับการบําบัดแต่ละคนพูดจบและเปิดโอกาสให้ผู้รับการบําบัดซักถามหรือแสดงความคิดเห็น โดยให้ผู้รับการบําบัดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. ผู้บำบัดช่วยสรุปกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกัน แสดงความคิดเห็น

3. กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

1. ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ โดยผู้บำบัดเริ่มจากการให้ผู้รับการบำบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 3 เรื่องความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

2. ผู้บำบัดอธิบายเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบของการคิด (Cognitive Model) กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธสร้างความตระหนักรู้ความโกรธและเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

3. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ จากนั้นผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธตามใบความรู้ที่ 3 จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดระบุสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลทำให้เกิดความโกรธชวนให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัตินั้น ระบุอารมณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกโดยผู้บำบัดต้องช่วยสรุปพฤติกรรมที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกในขณะนั้นให้ผู้รับการบำบัดรับรู้และเข้าใจว่าเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวและช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงอารมณ์โกรธของตนเองผ่านทางสัญญาณกายต่างๆ

3. ผู้บำบัดช่วยสรุปความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกัน แสดงความคิดเห็น

4. กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

1. ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ (Underlying emotion) ผู้บำบัดให้สรุปภาพจิตศึกษาตามใบความรู้ที่ 4 เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธตามใบความรู้ที่ 4 การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เช่น ความรู้สึก ละเอียด ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกว่าตนเองถูกละเมิดสิทธิ์ ความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้รับการยอมรับ และ

ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรง ออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ มีประโยชน์ช่วยในการยุติความโกรธ และทำให้สามารถจัดการกับความโกรธที่ซ่อนอยู่ได้ดี (Paul et al., 2002) จากนั้นเปิดโอกาสให้ สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2.ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ จากนั้นผู้บำบัดชวนให้ผู้รับการบำบัด ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

3.ผู้บำบัดช่วยสรุปความรู้เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธให้ผู้รับการบำบัด ฟังอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัย และร่วมกันแสดงความคิดเห็น

4.ผู้บำบัดกล่าวสรุปถึงกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันในครั้ง นี้ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดง ความรู้สึกต่อกิจกรรม ผู้บำบัดให้กำลังใจและความเชื่อมั่นว่าผู้รับการบำบัดทุกคนจะสามารถผ่านการ บำบัดไปได้ด้วยพลังและศักยภาพของกลุ่ม มอบหมายการบ้านและนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่ออุปกรณ์

- 1.ใบความรู้ที่ 1: เรื่องการรู้จักความหมายของความโกรธ
- 2.ใบความรู้ที่ 2: เรื่องการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ
- 3.ใบความรู้ที่ 3: เรื่องความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์

พฤติกรรมกรรมการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

- 3.ใบความรู้ที่ 4: เรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ
- 4.ใบงานที่ 1: เรื่องเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์

พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

- 5.ใบงานที่ 2: เรื่องความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์

- 6.ฟิวเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์

พฤติกรรมกรรมการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

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) การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิภฤต อุทธรณ์

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอักษย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงสัญญาณเตือนของความโกรธผลกระทบจากการแสดง ความโกรธและยอมรับความโกรธ

2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหาเกิดความ ต้องการที่จะปรับความคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจ ในการปรับความคิด

3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรับความคิด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1

1. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงผลกระทบจากการแสดง ความโกรธ สัญญาณเตือนการเกิด ความโกรธและยอมรับความโกรธ

2. ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักรู้และแสดงออกโดยการพูดถึงความรู้สึกรับผิดชอบการ เป็นเจ้าของปัญหาเกิดความ ต้องการที่จะปรับความคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ มี ความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับความคิด

3. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรับความคิด

สาระสำคัญ

ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนจากความโกรธเป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าการมี ความโกรธด้วยการสังเกตปฏิกิริยาทางกายแรกเริ่มเมื่อเกิดความโกรธ จะทำให้รู้เท่าทันอารมณ์ของ ตนเอง เป็นการจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Paul et al., 2002) ผู้รับการบำบัด จะได้รับการสอนให้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่ เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของ ความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ เป็นการเตรียมความ

พร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ และช่วยให้การบำบัดได้ผลดี (Jones & Hollin, 2004) การสร้างความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ทำกิจกรรมเปิดใจให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธในอดีต โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรม “คุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่” เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนตัวเองในอดีตว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่แสดงออกอันเป็นต้นเหตุมาจากความโกรธช่วยให้เกิดการยอมรับในความโกรธของตนเองและอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าความโกรธเป็นอารมณ์ธรรมชาติของมนุษย์ปกติทั่วไปเพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ชวนให้มองว่าเป็นเรื่องปกติแต่หากขาดการควบคุมและไม่รู้จักที่จะจัดการกับอารมณ์โกรธและหาวิธีป้องกันอย่างถูกวิธี ก็จะทำให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดเองและเกิดปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัญหาในที่ทำงาน และอื่นๆอีกมากมายที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการสร้างความความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหา (Responsibility for management of anger) จากนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการทำทนายผู้รับการบำบัดให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากผู้ที่ถูกความโกรธครอบงำมาเป็นผู้ควบคุมและจัดการความโกรธให้ได้ อย่าให้ความโกรธเป็นผู้ที่มาควบคุมและจัดการเรา เพื่อความสงบสุขในชีวิตและสังคม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ผู้บำบัดทบทวนความรู้ที่ให้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อน ทบทวนการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายไว้ในครั้งก่อน จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดกล่าวถึงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งก่อน เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

3. ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ การตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธการยอมรับความโกรธ การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นตอน ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 90 นาที

1. กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ

1. ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธเป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่ากำลังมีความโกรธด้วยการสังเกตสัญญาณทางกายเริ่มแรกเมื่อเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน ช่วยให้รู้เท่าทันอารมณ์ที่เกิดขึ้นแล้วของตนเอง โดยให้สมาชิกนั่งหลับตาทำสมาธิและจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธจนไม่สามารถควบคุมได้ จากนั้นผู้บำบัดซักถามถึงปฏิกิริยาทางกายหรือสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้น เช่น ขณะนั้นคุณมีอาการสั่น เหงื่อออก หายใจถี่ ใจเต้น

เร็ว เกร็ง การขบกราม ปวดต้นคอ ปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน ใบหน้าแดง ใบหูแดง เป็นต้น ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

2. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดอ่านและทำความเข้าใจใบความรู้ที่ 5 เรื่องการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธโกรธ เป็นการช่วยให้สมาชิกรับรู้หรือรู้เท่าทันตนเองว่ากำลังมีอาการโกรธด้วยการสังเกตสัญญาณทางกายตั้งแต่แรกเริ่มเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน เช่นมีอาการสั่น เหงื่อออก หายใจถี่ ใจเต้นเร็ว เกร็ง การขบกราม ปวดต้นคอ ปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน ใบหน้าแดง ใบหูแดง สมาชิกจะได้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนเหล่านี้ในการตัดสินใจตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่อาการจะรุนแรงจนไม่สามารถจัดการได้จนแสดงเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

3. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันอภิปรายกลุ่ม (Discussion groups) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยผู้วิจัยจะพยายามชวนให้สมาชิกสำรวจและพูดถึงการรับรู้ถึงปฏิกิริยาทางกายหรือสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกโกรธ

2. กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ

1. ผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดความโกรธและควบคุมตนเองไม่ได้จนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันอภิปรายกลุ่ม (Discussion groups) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันแสดงความคิดเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากความโกรธ

2. ผู้บำบัดสรุปถึงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาและผลกระทบจากการแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม โดยเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมส่วนใหญ่ที่เป็นสาเหตุทำให้ต้องมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้บำบัดจะเน้นให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสำคัญของการจัดการความโกรธ

3. ผู้บำบัดให้สุภาพจิตศึกษาตามใบงานที่ 6 เรื่องผลกระทบจากการแสดงความโกรธ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

3. กิจกรรมการยอมรับความโกรธและการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

1. ผู้บำบัดนำสมาชิกเข้าสู่กิจกรรมการยอมรับความโกรธผู้บำบัดสร้างความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาที่ผู้รับการบำบัดแสดงออกก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ทำกิจกรรมเปิดใจให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ความโกรธในอดีต โดยผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรม “คุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่” เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนตัวเองในอดีตว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่แสดงออกอันเป็นต้นเหตุมาจากความโกรธช่วยให้เกิดการยอมรับในความโกรธของตนเอง

2. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำใบงานที่ 3 เรื่องคุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่ ผู้บำบัดใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาตนเองว่าในอดีตหรือก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรม ความรู้สึก ตามที่ผู้บำบัดชวนให้คิดหรือไม่

3. ผู้บำบัดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนจากพฤติกรรม หรือความรู้สึกทั้งหมดที่ตนเองมีว่าสิ่งนั้นคืออะไร และรู้สึกอย่างไรเพื่อสร้างความตระหนักรู้ยอมรับว่าตนเองมีอารมณ์โกรธ และที่สำคัญผู้บำบัดจะช่วยพูดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนให้เข้าใจว่า ความโกรธเป็นอารมณ์ธรรมชาติของมนุษย์ปกติทั่วไปเพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง

4. ผู้บำบัดชวนให้มองว่าการเกิดอารมณ์โกรธเป็นเรื่องปกติแต่หากขาดการควบคุมและไม่รู้จักที่จะจัดการกับอารมณ์โกรธและหาวิธีป้องกันอย่างถูกวิธี ก็จะทำให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดเอง และเกิดปัญหาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัญหาในที่ทำงาน และอื่นๆอีกมากมายที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากนั้นผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำใบงานที่ 4 เรื่องการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธเพื่อเป็นการสร้างความความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหา (Responsibility for management of anger) จากนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการทำทนายผู้รับการบำบัดให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากผู้ที่ถูกความโกรธครอบงำมาเป็นผู้ควบคุมและจัดการความโกรธให้ได้ อย่่าให้ความโกรธเป็นผู้ที่มาควบคุมและจัดการเรา เพื่อความสงบสุขในชีวิตและสังคม

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 เรื่องการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ
2. ใบความรู้ที่ 6 เรื่องผลกระทบจากการแสดงอารมณ์โกรธ
3. ใบงานที่ 3 เรื่องคุณเคยรู้สึกแบบนี้บ้างหรือไม่
4. ใบงานที่ 4 เรื่องการสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ
5. ใบงานที่ 5 เรื่องรับรู้สัญญาณเตือน ผลกระทบจากความโกรธของตนเอง ยอมรับอารมณ์โกรธและรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

6. ฟิล์มเจอร์บอร์ดแสดงภาพความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

การประเมินผล

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

2. ประเมินจากการวิเคราะห์ปัญหา สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากการแสดงอารมณ์โกรธและยอมรับความโกรธ

3. ประเมินจากการตอบคำถามตามใบความรู้และใบงานที่ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำ

4. ประเมินจากความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นเจ้าของปัญหาเกิดความต้องการที่จะปรับความคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ ความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับความคิด

5. ประเมินจากการตอบคำถามตามใบความรู้และใบงานที่ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทำ

กิจกรรมที่ 3: (สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิฤต จุกฉิน

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอวัยวะ ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้และฝึกซ้อมทักษะการฝึกการหายใจ ในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจสามารถปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงหลักการปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
5. ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกซ้อมทักษะการฝึกการหายใจ ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ผู้บำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการ

บำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และ เขาวนิ ล่องซูล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ (Breathing exercises) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ เมื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดด้วยวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1.ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2.ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้

วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบำบัดที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3. ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างรัดกุม ประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อย่างชัดเจน

4. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้อย่างชัดเจน โดยผู้บำบัดอาจสอบถามถึงความคาดหวังต่อการบำบัดหรือเมื่อการบำบัดสิ้นสุดคืออะไร จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเป้าหมายในการบำบัดว่าเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธและสามารถจัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ผู้บำบัดกล่าวให้ความหวังว่าเป้าหมายดังกล่าวที่ตั้งไว้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทุกคนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์สิ่งเร้าในอนาคต การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้รับการบำบัด และจำเป็นต้องมีงานทำเป็นการบ้าน เพื่อผลที่ดีในการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก ผู้บำบัดให้กำลังใจแก่ผู้รับการบำบัด

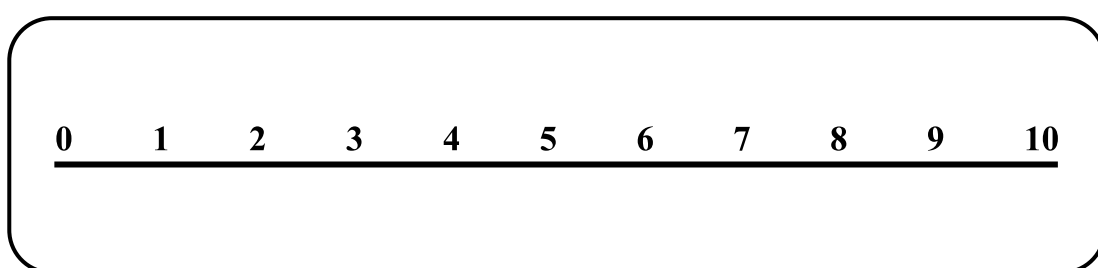
5. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธิหนึ่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหา โดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วยจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์หลังจากแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้

ชัดเจนเพื่อที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น ธรรมชาติรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน ((ดาราวรรณ ตีะปิตา และชาวนี ล่องซุผล, 2558) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนน ความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะ พูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึงรุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร”



จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้ บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจากผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ ของตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

2. ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และ ประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการ แสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการ ความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการ บำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้ เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับ ความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการ บำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่ เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้ จากการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาพร้อมกัน

4. ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ โกรธ พฤติกรรม และ สรีระ โดยใช้หลักง่ายๆ คือ “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน” หรือ “คุณสังเกตเห็นปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นตอนนั้นว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง เช่น คุณมีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ” และช่วยผู้รับการบำบัดระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น

5. ผู้บำบัดสำรวจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และ สรีระ เพื่อให้เข้าใจการเกิดอารมณ์ โกรธของผู้รับการบำบัด และช่วยสรุปให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้งให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงของ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ โกรธ พฤติกรรม และ สรีระ จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า อารมณ์ พฤติกรรม และ สรีระที่เป็นปัญหา เกิดจากลักษณะการคิดของเราต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น หากความคิดนี้ของเราเปลี่ยนไป อารมณ์ พฤติกรรม และ สรีระ ก็จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้รับการบำบัดทุกท่านอยากปรับเปลี่ยนความคิดของเรา เพื่อให้เราเป็นผู้ที่อารมณ์ดีควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่างกายสรีระของเราก็จะปกติไม่ได้รับผลกระทบจากอารมณ์หรือพฤติกรรมของเรา ทุกท่านคิดอย่างไร” ให้ผู้รับการบำบัดแสดง ความรู้สึกและความคิดเห็นของตน

6. ผู้บำบัดค้นหาและช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตของผู้รับการบำบัด ซึ่งทำให้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และ สรีระของผู้รับการบำบัดเป็นความ โกรธ โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery เช่น เรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณหมายความว่า คุณเป็นคนอย่างไร หรือคุณเป็นคน อยากรู้เรื่องนี้จึงเกิดขึ้นกับชีวิตคุณ คุณคิดว่าคนอื่นมองคุณเป็นคนอย่างไร ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้น จำได้ไหมว่าขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น คุณคิดต่อตนเองอย่างไร คุณคิดอย่างไรต่อตนเองในนาทีที่เกิด เหตุการณ์นั้น ความคิดแวบแรกที่เกิดขึ้นกับตัวเองเมื่อเกิดเหตุการณ์คือความคิดอะไร คุณคิดว่า คุณ เป็นคนอย่างไร คนอื่นๆ มักบอกว่าคุณเป็นคนอย่างไร เป็นต้น

7. ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยการให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความ เป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery เช่น เคยมีสักครั้งหรือไม่ที่ ความคิดนี้ไม่จริง คนที่รักคุณมากรู้ว่าคุณคิดอย่างนี้ คุณคิดว่าเขาจะบอกคุณอย่างไร คุณลองบอก เหตุผลที่ทำให้คุณเชื่อว่าความคิดนี้เป็นจริง มีอะไรที่คุณมองข้ามหรือไม่ครอบคลุมไปจากความคิดต่อ สถานการณ์นั้นหรือไม่

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

8. ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ โดยช่วยให้ตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัดและกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) วิธีการนี้ทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้ช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้คิดให้รอบด้าน คิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธีออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดอาจจะช่วยเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางการแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

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

10. ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่าง และรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของตนเองลดลง

11. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

12. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อตามใบงานที่ 6

4. การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 8 เรื่องการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็น

แบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

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

4. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านโดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่ต่างกันนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5. ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเสมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปแก้กตมั้น หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เรารับรู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ดึงเครียด ให้เราลองฝึกหายใจเข้าและออกให้ช้าลง หายใจอย่างรู้ตัวทั้งหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้าให้พุดกับตนเองอย่างเบาๆ ด้วยคำว่า “ผ่อนคลาย” หายใจออกให้พุดกับตนเองอย่างเบาๆ ด้วยคำว่า “ผ่อนคลาย” และพยายามให้หายใจเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ พร้อมทั้งผ่อนคลายตัวเองไปด้วยวิธีนี้ไปเรื่อยๆ อารมณ์โกรธนั้นจะค่อยๆ หมดไปเอง” ในระหว่างฝึกผู้บำบัดอาจจะชวนให้ผู้รับการบำบัดให้ลองสังเกตดูการหายใจของตนเองว่าในตอนนั้นเป็นอย่างไรบ้าง ในช่วงที่ยังมีอารมณ์โกรธที่รุนแรงอาจจะหายใจติดขัด หรือเหมือนกลั้นหายใจ ผู้บำบัดอาจจะต้องบอกกับผู้รับการบำบัดให้สังเกตตัวเองว่าเวลาที่คุณมีอารมณ์โกรธหรือโกรธมากๆ คุณจะหายใจติดขัดหรือบางครั้งก็กลั้นหายใจจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และทำให้คุณเครียดมากกว่าเดิม ให้คุณลองกลับมาพยายามหายใจตามปกติ 4-5 ครั้ง แล้วลองหายใจเข้าจนท้องพองแล้วกลั้นหายใจไว้บ่นในใจ 1-10 ซ้ำเท่าที่คุณจะทำได้ แล้วจึงหายใจออกช้าๆ จนท้องแฟบ ทำอย่างนี้สัก 5-6 รอบ จะช่วยให้คุณหายใจได้ตามปกติ คุณจะรู้สึกผ่อนคลาย ลองให้ผู้รับการบำบัดได้ลองฝึกไปเรื่อยๆ แล้วสอบถามว่าตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

6. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านหลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มีอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

7. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ

8.มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการหายใจต่อ

9.นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

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 ข้อสงสัย และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

2.ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ

3.ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำได้

4.ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม

5.ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการฝึกการหายใจ ในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

6.ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการฝึกการหายใจ และการปรับความคิด

กิจกรรมที่4:(สัปดาห์ที่2 ครั้งที่ 1) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิภฤต จุกฉิน

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอักษย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจสามารถปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงหลักการปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
5. ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกซ้อมทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ในการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบำบัดให้ฝึกได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจสามารถปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงหลักการปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่
5. ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกซ้อมทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ในการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับ

การบำบัด (Beck, 1995 ; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เซาวนี ล่องชูผล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (Body to mind relaxation) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึกให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1.ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2.ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 3 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3. ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างละเอียดประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อย่างละเอียด

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

5. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธินิ่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจัดจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหา โดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วยจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์หลังจากแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ชัดเจนเพื่อที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน ((दारवारण टिपिना औरावनी लोणुफल, 2558) 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 ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จาก การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4. ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ 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 จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เกิด

จากลักษณะการคิดของเราต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น หากความคิดนี้ของเราเปลี่ยนไป อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ก็จะเปลี่ยนไปด้วย ผู้รับการบำบัดทุกท่านอยากปรับเปลี่ยนความคิดของเรา เพื่อให้เราเป็นผู้ที่อารมณ์ดีควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่างกายสรีระของเราก็จะปกติไม่ได้รับผลกระทบจากอารมณ์หรือพฤติกรรมของเรา ทุกท่านคิดอย่างไร”ให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็นของตน

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

7. ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยการให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความเป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบSocratic 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) เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรมได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน เช่น การเปลี่ยนมุมมองผู้รับการบำบัดว่าบิดายุ่งวุ่นวายเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดค่อนข้างมาก เป็นการแสดงถึงความห่วงใยของบิดาที่มีต่อผู้รับการบำบัด เป็นต้น

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

10. ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่าง และรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด

ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความ
โกรธของตนเองลดลง

11.ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
จากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

12.มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อ

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (ใช้เวลา 30 นาที)

1.ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการ
บำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2.ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 10 เรื่อง
การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม
เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้
ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับ
การบำบัดปฏิบัติตาม

3.ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนนั่งหลับตาและจินตนาการถึงสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน
ที่มารบกวนให้ตนเองเกิดอารมณ์โกรธ ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกตที่ปฏิกิริยาทางร่างกายที่
เกิดขึ้น เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงอารมณ์
โกรธของตนเองและช่วยให้สังเกตได้ง่ายขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสรีระ

4.ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านโดยการให้
คะแนน0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามี
ความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่าง
กันนี้ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5.ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเสมือนกับตนเองเป็น
บุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่
จะไปแก้บดมัน หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆ
อาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมา
ส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เราารู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ดึงเครียด ให้เราลองฝึกการผ่อนคลาย
จากกายสู่ใจ (Body to mind relaxation)ผู้บำบัดอธิบายคำว่า “ผ่อนคลาย” อย่างสั้นๆแก่ผู้รับการ
บำบัดฟังก่อนว่า การผ่อนคลายจากกายสู่ใจเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยกล้ามเนื้อทุกส่วนจะไม่
เกร็งหรือตึง เช่น กล้ามเนื้อใบหน้าบริเวณคิ้วไม่ขมวด หน้าผากไม่ย่น ริมฝีปากไม่เม้ม ฟันไม่กัดแน่น
จนเกร็งขากรรไกร เป็นต้น จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดนั่งในท่าที่สบายๆวางแขน ขา และพับเอนได้ตาม
สบายหลังตรงพิงผนังและไม่เกร็ง ไม่มองเขา ไม่ไขว้ขา วางเท้าทั้ง 2 ข้างลงบนพื้นและปล่อยตัวตาม

สบาย ให้ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนอย่างรู้ตัวโดยเริ่มตั้งแต่ มือ แขน ใบหน้า คอ ไหล่ หน้าอก แผ่นหลัง ปลายเท้า และทำตามทุกขั้นตอนที่ผู้บำบัดสอนโดยไม่จับหลังระหว่างฝึก ไม่เกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนมากเกินไปจนรู้สึกเจ็บหรือปวดกล้ามเนื้อส่วนนั้น โดยให้เกร็งจนรู้สึกแต่พอดี และค่อยๆคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนอย่างช้าๆระยะเวลาเกร็งน้อยกว่าคลายประมาณ 2 เท่า เช่น ถ้าใช้ระยะเวลาเกร็งกล้ามเนื้อ 3-5 วินาที ช่วงผ่อนคลายต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 6-10 วินาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้เพื่อจดจำความรู้สึกผ่อนคลายได้อย่างแท้จริงมากขึ้น ให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้วิธีการขณะเกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนให้เกร็งจนรู้สึกว่าจะตึง คงไว้สักครู่หนึ่ง และค่อยๆผ่อนคลายอย่างช้าๆ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้ได้ว่าในขณะที่ฝึกรู้สึกสบายและผ่อนคลายได้อย่างแท้จริง กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะไม่เกร็งหรือตึงแต่อย่างใดให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมและแนะนำว่าควรฝึกเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งประมาณ 10-15 นาที

6. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านหลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มึอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

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 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 และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำได้

4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม

5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

6. ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ และการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 5: (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิฤต จุกฉิน

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอักษย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ หรือการแก้ไขปัญหาได้
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้และฝึกซ้อมทักษะการจินตนาการในการจัดการความโกรธ เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
2. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
3. ผู้รับการบำบัดสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ว่าจริงหรือไม่จริงเพียงใด
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
5. ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกซ้อมทักษะการจินตนาการ ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบำบัดให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และ เขาวนิ ล่องชุมพล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการจินตนาการ (Visualization) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ (Novaco, 1975) การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing)

เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้ จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1.ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

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

3.ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างกระชับของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

4.ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดในครั้งนี้อย่างร่วมกัน โดยผู้บำบัดอาจจะถามถึงความคาดหวังต่อการบำบัดหรือเมื่อการบำบัดสิ้นสุดคืออะไร จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปเป้าหมายในการบำบัดว่าเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจตระหนักรู้ถึงอารมณ์โกรธของตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธและสามารถจัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ผู้บำบัดกล่าวให้ความหวังว่าเป้าหมายดังกล่าวที่ตั้งไว้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทุกคนสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้เมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์สิ่งเร้าในอนาคต การบำบัดจะต้อง

ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้รับการบำบัด และจำเป็นต้องมีงานทำเป็นการบ้าน เพื่อผลที่ดีในการบำบัด จากนั้นผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก ผู้บำบัดให้กำลังใจแก่ผู้รับการบำบัด

5. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธิ นั่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหา โดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วยจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์หลังจากแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ชัดเจนเพื่อที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน ((ดาราวรรณ ต๊ะปันทา และเขาวินี ล่องชุมพล, 2558) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะพูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึง รุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร”

2. ให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจากผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินใจอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ของตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

3. ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการ

แสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จาก การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4. ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ 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 จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น 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. ผู้บำบัดอาจใช้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยใช้ การตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (Validity) ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่อย่างไร (Varieties) และให้คิดถึงประโยชน์ของความคิดนั้น หากความคิดนั้นเป็นจริงอยู่บ้าง (Utility) ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วนผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ในกรณีที่ความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การแก้ปัญหา

9. ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้

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

10. ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่าง และรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของตนเองลดลง

11. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

12. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อ

4. การฝึกทักษะการจินตนาการ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 11 เรื่อง การฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการ ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึกจากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

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

4. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านโดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5. ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเสมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปแก้กอดมัน หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เรารับรู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ดึงเครียด ให้เราลองฝึกการจินตนาการผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าการฝึกการจินตนาการเป็นวิธีการผ่อนคลายโดยใช้จินตนาการหรือการสร้างภาพขึ้นในใจ (มโนภาพ) ซึ่งควรเป็นภาพจากความทรงจำที่ผู้รับการฝึกมีประสบการณ์หรืออยู่ในเหตุการณ์ในภาพนั้นและมีความรู้สึกที่ดี เช่น ประทับใจ ภาคภูมิใจ ชื่นชม เป็นสุขให้ผู้รับการบำบัดเลือกภาพความทรงจำที่ประทับใจมา 1 ภาพ จากนั้นให้บอกรายละเอียดของภาพนั้นให้ผู้บำบัดได้รับทราบ (โดยการเขียนหรือบอกเล่าตามความเหมาะสม) ผู้บำบัดนำภาพจากข้อ 1 มาพูดคุยกับผู้รับการฝึก เพื่อเพิ่มการรับรู้สัมผัสในภาพให้สมบูรณ์ก่อนนำมาสู่การจินตนาการ ก่อนฝึกจินตนาการให้ผู้รับการบำบัดฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีวิธีการนั่งหลับตาหายใจเข้า ออก ซ้ำๆ สัก 2 นาที ก่อน หลังจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดฝึกหลับตาและจินตนาการตามภาพนั้นโดยผู้รับการบำบัดเป็นผู้จินตนาการด้วยตนเองหรือผู้ฝึกเป็นผู้ให้รายละเอียดของภาพให้ผู้รับการฝึกจินตนาการตามภาพ

ดังกล่าวใช้เวลาในการจินตนาการประมาณ 3-5 นาทีให้ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

6. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านหลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มีอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

7. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ

8. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการต่อ

9. นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 10 : การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด

2. ใบความรู้ที่ 11 : การฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้การจินตนาการ

3. ใบงานที่ 10 : วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคนิคการการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด

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 ข้อเสนอแนะ และการที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองในปัญหาที่ตนเองมีตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

2. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ

3. ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้บำบัดแนะนำได้

4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม

5.ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการจินตนาการในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

6.ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการจินตนาการและการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 6: (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิฤต จุกฉิน

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอักษย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
- 2.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
- 3.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้
- 4.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
- 5.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้และฝึกซ้อมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมการฝึกซ้อมทักษะร่วมกับการปรับความคิดในแต่ละกิจกรรม

- 1.ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ
- 2.ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธ
- 3.ผู้รับการบำบัดสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ว่าจริงหรือไม่จริงเพียงใด
- 4.ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้
- 5.ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกซ้อมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ในการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดตามที่ถูกบ่งชี้ให้ฝึกได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ที่ถูกเลือก เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการร่วมกันถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ จากนั้นผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995 ; ดารารวรรณ ตีะปินตา และ เขาวนิ ล่องชูผล, 2558) เมื่อทำทักษะการจัดการความโกรธเสร็จค่อยปรับความคิดต่อ การสอนทักษะการจัดการความโกรธในกิจกรรมนี้สอนการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) ซึ่งทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เป็นการพูดเพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร การฝึกทักษะผู้บำบัดจะสาธิตวิธีการฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ส่วนการปรับความคิดในกิจกรรมนี้ผู้บำบัดชี้ชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์โดยผู้บำบัดช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธด้วยการใช้การตั้งคำถามตามเทคนิค Socratic question, Downward arrow techniques และ Guided discovery จากนั้นผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดตามลำดับหรืออาจจะใช้คำเพื่อให้จำได้ง่ายคือ “ค้นหา พิสูจน์ปรับเปลี่ยน” ส่วนการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนสามารถจัดการความโกรธได้ ผู้บำบัดคอยชี้แนะในการฝึก ให้ข้อมูลย้อนกลับ สุดท้ายให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงความรู้สึกในการฝึก ให้กำลังใจและมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกทักษะต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ 5 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจดการบ้านของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3. ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างละเอียดประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

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

5. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ปัญหาได้ทำสมาธินิ่งหลับตาทำจิตใจให้นิ่งสักระยะ ผู้บำบัดใช้คำพูดชวนให้ผู้รับการบำบัดได้จินตนาการถึงสถานการณ์นั้นและอธิบายถึงสถานการณ์นั้นเฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างละเอียดเหมือนกับว่ามันเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์ตามที่เจ้าของสถานการณ์เล่าเพื่อยืนยันว่าเป็นไปตามที่เล่าและช่วยทำให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแสดงบทบาทสมมติในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะที่เกิดปัญหา โดยผู้บำบัดอาจเล่นเป็นผู้ที่ผู้รับการบำบัดปฏิสัมพันธ์ด้วยจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดเจ้าของสถานการณ์ แสดงความรู้สึกหลังจากแสดงบทบาทสมมติ

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้บำบัดตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้รับการบำบัดด้วยเทคนิค การระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์หลังจากแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งการบำบัดในผู้ที่มี ปัญหาทางอารมณ์และต้องการปรับลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า ผู้ บำบัดจำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการระบุอารมณ์ของตนเองออกมาเป็นคำพูดให้ ชัดเจนเพื่อที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะได้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็น ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและระดับคะแนนอารมณ์ของตนเองที่ชัดเจน ((दारवाररुन टिपिनुतुा และเซาวนี ล่องซุผล, 2558) การให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์ ผู้บำบัดเลือกใช้การให้คะแนน ความรุนแรงของอารมณ์โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 และอธิบายการแบ่งระดับให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ เช่น 0 คือ ไม่มีอารมณ์โกรธเลย 10 คือ มีอารมณ์โกรธมากที่สุดเท่าที่เคยมีในชีวิต หรือผู้บำบัดอาจจะ พูดกับผู้รับการบำบัดว่า “อารมณ์เหล่านี้ ถ้าหากจะให้คุณบอกน้ำหนักของมันตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง น้อยหรือไม่มีเลย และ 10 หมายถึงรุนแรงมาก คุณให้คะแนนเท่าไร”

2. ให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกว่าอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้บำบัดจะ อธิบายให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนนว่าการให้คะแนนไม่มีผิดหรือถูก เนื่องจาก ผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินใจอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์ของ ตนเองได้ แม้ว่าผู้บำบัดอาจจะสามารถตั้งข้อสังเกตว่าผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม

3. ผู้บำบัดประเมินการให้คะแนนระดับของอารมณ์จากคะแนนตัวเลขที่ผู้รับการบำบัดให้และ ประเมินจากองค์ประกอบอื่นร่วม เช่น ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดตอนนั้น สีหน้า ท่าทางการ แสดงออก เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการ ความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ถ้าระดับของอารมณ์รุนแรงผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการ บำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้ เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับ ความคิดต่อ

3. การปรับความคิด (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการ บำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดพูดคุยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความหวังในการที่จะปรับลดอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และช่วยปรับความคาดหวังของผู้รับการบำบัดให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่จะได้จาก การบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด

3. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

4. ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและสังเกตความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ พฤติกรรมและสรีระ โดยใช้หลักง่ายๆคือ “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน” หรือ “คุณสังเกตเห็นปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นต่อนั้นว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง เช่น คุณมีอาการสั่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เกร็ง ปวดศีรษะ” และช่วยผู้รับการบำบัดระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้น

5. ผู้บำบัดสำรวจความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระเพื่อให้เข้าใจการเกิดอารมณ์โกรธของผู้รับการบำบัดและช่วยสรุปให้ผู้รับการบำบัดฟังอีกครั้งให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์โกรธ พฤติกรรมและสรีระ จากนั้นผู้บำบัดท้าทายให้ผู้รับการบำบัดลองปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้คำพูดว่า “ผู้บำบัดอยากจะชวนให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนถึงความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวของเราที่เกิดขึ้น 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 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติกับความ เป็นจริงของตนเองว่าเป็นไปตามนั้นหรือไม่เพียงใด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบSocratic question, Downward arrow techniques, Guided discovery

8. ผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยใช้ การตรวจสอบความเป็นจริงของความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (Validity) ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นอย่างอื่นได้หรือไม่ อย่างไร (Varieties) และให้คิดถึงประโยชน์ของความคิดนั้น หากความคิดนั้นเป็นจริงอยู่บ้าง (Utility)

ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วนผู้บำบัดนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ในกรณีที่ความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงนำผู้รับการบำบัดเข้าสู่การแก้ปัญหา

9. ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ ผู้บำบัดใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) ปัญหาของผู้รับการบำบัดแม้บางครั้งอาจจะเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปดูเหมือนปัญหานั้นจะสำคัญมากขึ้นอาจทำให้ผู้รับการบำบัดหยุดหรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดโดยนึกภาพสมมติ เช่น การนึกถึงภาพหยุดการสั้นกระดิ่ง ปิดสวิทช์ไฟ ซึ่งเหมือนกับการหยุดความคิดของผู้รับการบำบัด ในระยะเริ่มต้นผู้บำบัดอาจช่วยในการหยุดความคิด โดยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหาและให้ผู้รับการบำบัดนึกถึงปัญหานั้นๆ แล้วผู้บำบัดก็จะบอกผู้รับการบำบัดต่างๆว่า “หยุด” เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

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

10. ผู้บำบัดประเมินระดับของอารมณ์หลังปรับความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นถึงความแตกต่าง และรับรู้ได้ว่าถ้าความคิดเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตามความคิด ดังนั้นเมื่อความคิดของตนเองเปลี่ยน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระก็จะเปลี่ยนตาม ซึ่งจะทำให้ความโกรธของตนเองลดลง

11. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นๆร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากการสังเกต และประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

12. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการปรับความคิดต่อ

4. การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด สร้างความคุ้นเคยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และร่วมมือในการบำบัด

2. ผู้บำบัดอธิบายขั้นตอนและวิธีการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดอ่านใบความรู้ที่ 14 เรื่อง การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ผู้บำบัดประเมินความเข้าใจถึงวิธีการฝึก จากการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการฝึก จากนั้นผู้บำบัดจะ

สาริตวิธีฝึกให้ดูเป็นแบบอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) จากนั้นจึงให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม

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

4. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านโดยการให้คะแนน 0-10 เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละชนิด ในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งรู้สึกโกรธมาก บางครั้งรู้สึกโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน

5. ผู้บำบัดบอกกับผู้รับการบำบัดด้วยภาษาที่นุ่มนวลว่า “ให้ทุกคนทำเสมือนกับตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่กำลังเฝ้าติดตามดูอารมณ์ที่เกิดขึ้น เราจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ตัดสิน ไม่พยายามที่จะไปแก้กตมั้น หรือระงับอารมณ์นั้น เพียงแต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ เปรียบอารมณ์ของเรากับก้อนเมฆ เมฆอาจจะเคลื่อนมาบดบังดวงอาทิตย์อยู่ชั่วขณะ แต่มันก็จะเคลื่อนผ่านไปและดวงอาทิตย์ก็จะกลับมาส่องสว่างอีกครั้งหนึ่ง ในระหว่างที่เรารับรู้ได้ว่าเรากำลังโกรธ ดึงเครียด ให้เราลองฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรงจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบและได้ผล โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องตามสมควรเป็นการพูดแสดงความรู้สึกออกมาอย่างมีเหตุผล การรู้จักแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกตามสิทธิ และความพึงพอใจของตนเองให้บรรลุได้ โดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เสียหาย เจ็บปวดทั้งกายและใจ นับว่าเป็นอีกวิธีการหนึ่งซึ่งจะช่วยให้คุณบุคคลมีความสบายใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertiveness training) เป็นการฝึกทักษะในการระบายความโกรธออกมาอย่างเหมาะสม ผู้บำบัดใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมในสถานการณ์สมมุติ (Role playing assertiveness communication technique) โดยจัดสถานการณ์สมมุติแล้วให้ผู้รับการบำบัดได้ลองฝึกพูดและแสดงท่าทางอย่างตรงไปตรงมาตามความรู้สึกและความต้องการของตน การใช้ประโยค “ฉัน” (“I” statement) ในการระบายความรู้สึก เช่น “ฉันรู้สึกโกรธ ที่คุณขัดจังหวะขณะที่ฉันกำลังคุยโทรศัพท์อยู่นี้” หรือ “ฉันโกรธนะ ที่คุณเปลี่ยนเวลาประชุมโดยที่ไม่ได้บอกฉัน” การกล้าปฏิเสธต่อคำขอร้องที่ไม่สมเหตุสมผล สามารถที่จะบอกปัญหา ความไม่สบายใจ หรือความไม่เห็นด้วยออกมาให้ผู้อื่นรู้ และแสดงความคิดเห็นและยอมรับผู้อื่น

ด้วยความเหมาะสมให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตามจนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

6. ผู้บำบัดตรวจสอบระดับความรุนแรงของอารมณ์ของผู้รับการบำบัดทุกท่านหลังการฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างระหว่างตอนที่มีอารมณ์โกรธและหลังจากใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจเข้าไปช่วยลดอารมณ์โกรธลง

7. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ และบอกถึงความรู้สึกในการฝึกและให้กำลังใจ

8. มอบหมายการบ้าน ให้ผู้รับการบำบัดไปฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมต่อ

9. นัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเน้นย้ำผู้รับการบำบัดให้ทำการบ้านตามที่มอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดจะได้รับ

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.ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้
อย่างเหมาะสมและการปรับความคิด

ขั้นที่3 : (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น

กิจกรรมที่7: (สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4) การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิฤต จุกฉิน

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือนั่งตามอักษาศักดิ์ ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดไป
ประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้

2.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดทักษะใหม่ในการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรม
ก้าวร้าวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม

1.ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงการนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิด
ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

ให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและ
พฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยให้
ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรม
ก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มา
กระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการ
บำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) และใช้
ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่านการฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับ
สถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดบอกถึง
ความรู้สึกในการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรค ให้กำลังใจและ
มอบหมายการบ้านให้ไปฝึกต่อ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1.ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและ
ช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม

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

3. ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างละเอียดประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อาจใช้เวลา 90 นาที โดยการดำเนินการกิจกรรมในขั้นนี้เป็น การนำทักษะที่ได้จากการฝึกมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง ระยะเวลาผู้บำบัดจะเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดนำทักษะการจัดการความโกรธและการปรับความคิดที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มบำบัดในขั้นตอนที่ผ่านมาแล้วมาประยุกต์ใช้อย่างเต็มที่ โดยจะมีการแสดงบทบาทสมมติกับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผ่านมาจากแต่ละคนนำมาเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยจนถึงสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้บำบัดจะเป็นผู้คอยให้คำแนะนำในการฝึกตั้งแต่ต้นจนจบ จนกว่าผู้รับการบำบัดจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะให้กับผู้อื่นได้และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในชีวิต

4. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยมาฝึกก่อนและค่อยเพิ่มความยุ่งยากขึ้นเรื่อยๆ โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้บำบัดช่วยสรุปสถานการณ์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจสถานการณ์ตรงกัน จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ผู้บำบัดอาจจะร่วมเป็นผู้แสดงบทบาทสมมติเพื่อความสมจริง ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดระบุและให้คะแนนระดับของอารมณ์โกรธ ถ้าคะแนนระดับของอารมณ์โกรธมากผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยแนะนำให้ใช้ทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดในการคิดของผู้รับการบำบัดแล้วค่อยปรับความคิด ซึ่งทักษะการจัดการความโกรธเน้นการใช้เทคนิคการผ่อนคลายจากที่ได้ฝึกในครั้งก่อนๆ โดยให้ผู้รับการบำบัดเลือกใช้ตาม que ผู้รับการบำบัดชื่นชอบและปฏิบัติได้ผลกับตนเอง ส่วนการปรับความคิดเน้นให้ปฏิบัติตามกระบวนการ คือ

ค้นหา พิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนความคิดโดยเลือกใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ทั้ง 5 เทคนิค ให้เลือกใช้ตามที่ได้รับกำบังขึ้นชอบและปฏิบัติได้ผลกับตนเองมาประยุกต์ใช้จนผู้รับกำบังสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง ปรับความคิดได้ ควบคุมอารมณ์ได้ และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

5. ผู้กำบังประเมินคะแนนระดับของอารมณ์หลังจากเสร็จสิ้นการจัดการความโกรธและการปรับความคิดแล้วเพื่อประเมินผลและชี้ชวนให้ผู้รับกำบังเห็นความแตกต่างและพิสูจน์ว่าผู้รับกำบังสามารถจัดการความโกรธได้ด้วยตนเอง

6. ผู้กำบังให้ผู้รับกำบังให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้กำบังให้ผู้รับกำบังบอกถึงความรู้สึกในการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรค ให้กำลังใจ

7. มอบหมายกำบัง (Homework assignment) ให้ผู้รับกำบังไปฝึกต่อ

8. นัดหมายกำบังครั้งต่อไป และเน้นย้ำผู้รับกำบังให้ทำกำบังตามที่มีมอบหมายและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้รับกำบังจะได้รับ

สื่ออุปกรณ์

1. ใบงานที่ 14 เรื่อง การประยุกต์ใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

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

2. ประเมินจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อความโกรธ

3. ประเมินจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ และปรับความคิดตามเทคนิคที่ผู้กำบังแนะนำได้

4. ประเมินจากรูปแบบความคิดที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม

5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการจัดการความโกรธ การปรับความคิดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

6. ประเมินจากระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังการใช้ทักษะการจัดการความโกรธและการปรับความคิด

กิจกรรมที่ 8 : (สัปดาห์ที่ 3) การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ : กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิฤต จุกฉิน

ระยะเวลา : ใช้เวลา 90 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือนั่งตามอักษย ผู้วิจัยนั่งตรงกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถพูดคุยบอกวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธได้
2. ผู้รับการบำบัดสามารถพูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้บอกถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะได้
3. ให้ผู้รับการบำบัดสามารถสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดได้

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ โดยใช้กิจกรรมชื่อ “คืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ” เป็นกิจกรรมที่ผู้บำบัดต้องการที่จะสร้างความสุขให้กับผู้รับการบำบัด เพราะผู้ที่มีความสุขมักโกรธยากและให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการที่จะทำอะไรให้ตนเองเป็นผู้ที่มีจิตใจสงบและเป็นผู้ที่มีความสดใสจากนั้นผู้บำบัดได้ให้ข้อปฏิบัติที่จะทำอย่างไรเพื่อเป็นการคืนความสงบและความสดใสให้กับจิตใจ และสุดท้ายผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้บอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้รับการบำบัดรับรู้ได้หลังจากฝึกทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดครบทุกขั้นตอน ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมดร่วมกันผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกันและยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัดชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อนดำเนินกิจกรรม
2. ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ฝึกในครั้งก่อนและทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้รับการบำบัดไปทำจากครั้งก่อน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการบ้านและผู้บำบัดใช้วิธีการจัดการบ้าน

ของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายลงในสมุดการบ้านอีกเล่มที่ผู้บำบัดเตรียมไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับที่ผู้รับการบำบัดให้ข้อมูล สามารถใช้ยืนยันภายหลัง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้บำบัดใช้วิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวถึงความรู้สึกต่อการบ้านที่ให้ ปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งก่อนและการบ้านที่ให้ทำ

3. ผู้บำบัดอธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินในครั้งนี้อย่างรัดกุม ประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้อย่างใช้เวลา 90 นาที

4. ผู้บำบัดให้ความรู้ถึงวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธ ตามใบความรู้ที่ 15 เรื่อง คื่นความสงบและความสติให้กับจิตใจ จากนั้นให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการของแต่ละบุคคลที่จะทำอย่างไรให้จิตใจสงบไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์โกรธ

5. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 จนถึงกิจกรรมที่ 7 อย่างละเอียด

6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้บอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้รับการบำบัดรับรู้ได้หลังจากฝึกทักษะการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดครบทุกขั้นตอน บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก

7. ผู้บำบัดให้ข้อมูลกับผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับอารมณ์โกรธว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก เพราะฉะนั้นจึงควรฝึกทำตลอดจนติดเป็นนิสัย หากไม่ได้ฝึกฝนหรือทำอย่างต่อเนื่อง จะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีก และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิด อัตโนมัติ อารมณ์ 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 ประสพการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดและประสพการณ์ที่ได้ นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้บอกถึงปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบวัดการแสดงความโกรธ หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 8 ทันที ในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินการแสดงความโกรธหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโครงการ ประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถควบคุมความโกรธได้หรือไม่หรือจะแสดง ความโกรธออกมาในลักษณะใด รายละเอียดการวิเคราะห์ผลดังแสดงในตาราง



ตารางที่ 3 ข้อมูลคะแนนการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

| คนที่ | คะแนนการแสดงความโกรธ | การแปลผล |
|-------|----------------------|----------|
| 1 | 26 | ปกติ |
| 2 | 27 | ปกติ |
| 3 | 27 | ปกติ |
| 4 | 26 | ปกติ |
| 5 | 25 | ปกติ |
| 6 | 27 | ปกติ |
| 7 | 26 | ปกติ |
| 8 | 25 | ปกติ |
| 9 | 26 | ปกติ |
| 10 | 26 | ปกติ |
| 11 | 25 | ปกติ |
| 12 | 27 | ปกติ |
| 13 | 26 | ปกติ |
| 14 | 24 | ปกติ |
| 15 | 26 | ปกติ |
| 16 | 25 | ปกติ |
| 17 | 24 | ปกติ |
| 18 | 26 | ปกติ |
| 19 | 25 | ปกติ |
| 20 | 26 | ปกติ |

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ทั้ง 20 คน มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และนัดพบในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อตอบแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสอนการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และแจกคู่มือการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละกลุ่มคือในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t – test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่ม คือ ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t – test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี โดยผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกจำนวน 40 คน มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดคือ อายุ และระดับคะแนน BPRS จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีการดำเนินการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีการวัดผลประเมินค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 4,5,6

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 10

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=20) | | กลุ่มควบคุม (n=20) | | รวม (n=40) | |
|-----------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุ (ปี) | | | | | | |
| 20-29 | 7 | 35.0 | 7 | 35.0 | 14 | 35.0 |
| 30-39 | 5 | 25.0 | 5 | 25.0 | 10 | 25.0 |
| 40-49 | 5 | 25.0 | 5 | 25.0 | 10 | 25.0 |
| 50-59 | 3 | 15.0 | 3 | 15.0 | 6 | 15.0 |
| อายุเฉลี่ย (ปี) | $\bar{X} =$ | 36.20 | $\bar{X} =$ | 35.25 | $\bar{X} =$ | 35.75 |
| | S.D.= | 10.46 | S.D.= | 10.23 | S.D.= | 10.22 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสด | 18 | 90.0 | 18 | 90.0 | 36 | 90.0 |
| สมรส | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 2 | 5.0 |
| หย่าร้าง | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 2 | 5.0 |

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ในด้านอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 สำหรับในด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงคือ สถานภาพสมรส และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ศาสนา ระดับการศึกษา

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=20) | | กลุ่มควบคุม (n=20) | | รวม (n=40) | |
|--------------------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| นับถือศาสนา | | | | | | |
| พุทธ | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | | | | |
| ประถมศึกษา | 6 | 30.0 | 5 | 25.0 | 11 | 27.5 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 4 | 20.0 | 6 | 30.0 | 10 | 25.0 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 7 | 35.0 | 5 | 25.0 | 12 | 30.0 |
| อนุปริญญาหรือ ประกาศนียบัตร | 2 | 10.0 | 4 | 20.0 | 6 | 15.0 |
| ปริญญาตรี | 1 | 5.0 | - | - | 1 | 2.5 |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในด้านการนับถือศาสนาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=20) | | กลุ่มควบคุม (n=20) | | รวม (n=40) | |
|---|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อาชีพ | | | | | | |
| ไม่มีอาชีพ | 1 | 5.0 | 2 | 10.0 | 3 | 7.5 |
| รับจ้าง | 9 | 45.0 | 5 | 25.0 | 14 | 35.0 |
| เกษตรกร | 10 | 50.0 | 13 | 65.0 | 23 | 57.5 |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต (ปี) | | | | | | |
| น้อยกว่า 5 | 7 | 35.0 | 9 | 45.0 | 16 | 40.0 |
| 5-10 | 8 | 40.0 | 6 | 30.0 | 14 | 35.0 |
| 11-15 | 2 | 10.0 | 2 | 10.0 | 4 | 10.0 |
| 16-20 | 1 | 5.0 | 2 | 10.0 | 3 | 7.5 |
| มากกว่า 20 | 2 | 5.0 | 1 | 5.0 | 3 | 7.5 |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต โดยเฉลี่ย (ปี) | $\bar{X} =$ | 7.70 | $\bar{X} =$ | 6.95 | $\bar{X} =$ | 7.33 |
| | S.D.= | 6.21 | S.D.= | 5.94 | S.D.= | 6.01 |

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในด้านอาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

| คนที่ | คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท | | | |
|-------|---------------------------------------|--------|--------------|----------|
| | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | |
| | คะแนน | แปลผล | คะแนน | แปลผล |
| 1 | 17 | รุนแรง | 3 | น้อย |
| 2 | 17 | รุนแรง | 4 | น้อย |
| 3 | 16 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 4 | 17 | รุนแรง | 3 | น้อย |
| 5 | 18 | รุนแรง | 3 | น้อย |
| 6 | 16 | รุนแรง | 3 | น้อย |
| 7 | 16 | รุนแรง | 3 | น้อย |
| 8 | 17 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 9 | 17 | รุนแรง | 1 | น้อย |
| 10 | 16 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 11 | 17 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 12 | 16 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 13 | 17 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 14 | 18 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 15 | 18 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 16 | 16 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 17 | 19 | รุนแรง | 7 | น้อย |
| 18 | 17 | รุนแรง | 3 | น้อย |
| 19 | 16 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |
| 20 | 18 | รุนแรง | 0 | ไม่มีเลย |

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองทั้งหมด 20 คน มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง ส่วนภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอยู่ในระดับน้อย จำนวน 9 ราย และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเลย จำนวน 11 คน นั้นแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่าก่อนได้รับ กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

| คนที่ | คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท | | | |
|-------|---------------------------------------|--------|--------------|--------|
| | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | |
| | คะแนน | แปลผล | คะแนน | แปลผล |
| 1 | 16 | รุนแรง | 18 | รุนแรง |
| 2 | 16 | รุนแรง | 18 | รุนแรง |
| 3 | 17 | รุนแรง | 17 | รุนแรง |
| 4 | 16 | รุนแรง | 17 | รุนแรง |
| 5 | 16 | รุนแรง | 18 | รุนแรง |
| 6 | 17 | รุนแรง | 17 | รุนแรง |
| 7 | 16 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 8 | 17 | รุนแรง | 18 | รุนแรง |
| 9 | 18 | รุนแรง | 18 | รุนแรง |
| 10 | 16 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 11 | 17 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 12 | 16 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 13 | 17 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 14 | 16 | รุนแรง | 17 | รุนแรง |
| 15 | 16 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 16 | 16 | รุนแรง | 17 | รุนแรง |
| 17 | 17 | รุนแรง | 17 | รุนแรง |
| 18 | 17 | รุนแรง | 18 | รุนแรง |
| 19 | 16 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |
| 20 | 16 | รุนแรง | 16 | รุนแรง |

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มควบคุมทั้งหมด 20 คน มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง ส่วนหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งหมด 20 คน ยังมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัยไม่แตกต่างกัน โดยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวยังอยู่ในระดับรุนแรงเท่าเดิม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว | | | | | | |
|-----------------------|-----------|------|--------|----|---------|---------|
| ของผู้ป่วยจิตเภท | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
| กลุ่มทดลอง | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 16.95 | 0.89 | รุนแรง | 19 | -37.371 | 0.001 |
| หลังการทดลอง | 1.50 | 1.99 | น้อย | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 16.45 | 0.61 | รุนแรง | 19 | 2.269 | 0.035 |
| หลังการทดลอง | 16.90 | 0.85 | รุนแรง | | | |

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.95 ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงจากระดับรุนแรงเป็นระดับน้อย

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.45 ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.90 ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างหลังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่าง โดยยังอยู่ในระดับรุนแรงเท่าเดิม

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

| คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว | | | | | | |
|-----------------------|-----------|------|--------|----|--------|---------|
| ของผู้ป่วยจิตเภท | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
| ก่อนการทดลอง | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 16.95 | 0.89 | รุนแรง | 38 | 2.083 | 0.044 |
| กลุ่มควบคุม | 16.45 | 0.61 | รุนแรง | | | |
| หลังการทดลอง | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 1.50 | 1.99 | น้อย | 38 | 31.857 | <0.001 |
| กลุ่มควบคุม | 16.90 | 0.85 | รุนแรง | | | |

จากตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.95 (ระดับรุนแรง) และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.45 (ระดับรุนแรง) เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 (ระดับน้อย) และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.90 (ระดับรุนแรง) เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดมีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงโดยอยู่ในระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง

หลังการทดลองเมื่อใช้สถิติ ANCOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่าเมื่อตัดอิทธิพลของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลองออก พบว่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองยังคงแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า $F = 1056.75$ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองเฉลี่ย 1.32 ($S.E. = 0.33$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองเฉลี่ยเท่ากับ 17.08 ($S.E. = 0.33$) (ตารางเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Analysis of Covariance : ANCOVA ในภาคผนวก ฉ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้น คือ กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยและการตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีลักษณะด้านประชากรที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ อายุ และระดับคะแนน BPRS จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1 .เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) การดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดำเนินการวันเว้นวันในกิจกรรมที่ 1-7 หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 คือ การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดมาทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ผู้บำบัดจะได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 2) กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 3) กิจกรรมเข้า

ใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทาง สรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และ 4) กิจกรรมการค้นหามุมมองที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการ ตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทราบถึงผลกระทบของ ความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักรู้ช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธเกิดการยอมรับความ โกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ชั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) กิจกรรมการตระหนักรู้ถึง ผลกระทบจากการแสดงความโกรธ 3) กิจกรรมการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่ จะต้องจัดการความโกรธของตน

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ

กิจกรรมที่3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ การดำเนินกิจกรรม ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วย ค้นหาคำความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมิน ความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิด ความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการ สร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือ เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน และตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการฝึกการหายใจ เพื่อให้ ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่า ที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ การดำเนิน กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความ โกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาคำความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมิน ความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิด ความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการ สร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือ ใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เป็นวิธีใน การเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่ แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมอง

ต่อปัญหาอย่างรอบด้าน และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่ 5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือ ใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้ และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการจินตนาการ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ ด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ ช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความโกรธสามารถพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธได้ เข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความโกรธหรือการแก้ไขปัญหาได้ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ คือ ใช้เทคนิคการหยุดความคิด เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้จะช่วยให้สามารถนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงได้ และสามารถจัดการความโกรธโดยใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้

ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน การดำเนินกิจกรรมใน ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับ ความคิดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ โดยใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือก สถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยให้ผู้รับการบำบัดจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่ โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อ สถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่อ อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้าง ความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ และใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่านการฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับ การบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม จากนั้นได้ให้ผู้รับการบำบัดได้นำทักษะต่างๆที่ได้ฝึกไปทดลองใช้จริงในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธอีกโดยเน้นการสร้าง ความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดเพราะผู้ที่มีความสุขมักจะโกรธยาก และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ พุดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ร่วมกัน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม วิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Yudofsky et al. (1986) แปลเป็น ภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ (2542) ข้อคำถามประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ โดยพบว่าค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Kuder Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .81

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดการแสดงความโกรธ เป็นแบบวัดการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ทศไฉย วงศ์สุวรรณ ในปี พ.ศ. 2542 และสิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำมาพัฒนาปรับใช้เฉพาะส่วนที่วัดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบว่าค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .83

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ กระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กับศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตีะปินตา และ ผศ. เขาวนีย์ ล่องชุมผล เป็นเวลา 4 วัน ซึ่งจัดโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่วนการจัดการความโกรธผู้วิจัยได้รับการอบรม ฝึกปฏิบัติและฝึกการบำบัดกับคุณนาฏลดา น้าภา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งยังได้ศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาเนื้อหาที่สำคัญมีความเกี่ยวข้อง และครอบคลุมในเรื่องของการจัดการความโกรธ การบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1.3 เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการศึกษาวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไขให้สามารถทำการวิจัยได้ตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยได้นำหนังสือดังกล่าวเสนอต่อรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลจิตเวช เพื่อขออนุญาตคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่ผู้วิจัยกำหนด หากกลุ่มมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ขั้นตอนการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้ลักษณะด้านประชากรที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ อายุ และระดับคะแนน BPRS

กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที โดยดำเนินการวันเว้นวันในกิจกรรมที่ 1-7 หลังจากนั้นให้นำวิธีการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จึงทำกิจกรรมที่ 8 การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับจากพยาบาลประจำหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

การกำกับการทดลอง

หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวกลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบวัดการแสดงความโกรธทันที

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังการดำเนินการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดก่อนและหลังการทดลอง และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) และมีการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่ม คือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) วิจัยนี้มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

2. ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปได้ว่า การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ผู้วิจัยได้มีการอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ การอภิปรายผลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการอภิปรายผลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 การอภิปรายผลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ในด้านอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 สำหรับในด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงคือ สถานภาพสมรส และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการนับถือศาสนาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน ในด้านอาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือ มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30

ตอนที่ 2 การอภิปรายผลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

จากการผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการกระบวนการจัดการความโกรธของ Novaco(1975) ที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงได้ ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) ที่กล่าวว่าการปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบำบัดแบบกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม นำมาแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดนั้นเน้นการจัดการกระทำกับองค์ประกอบทางความคิด ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิดได้ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทย่อมเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการที่สำคัญคือ การเปลี่ยนการตีความ การรับรู้ การสงบจิตใจด้วยการใช้เทคนิคผ่อนคลายอารมณ์ การควบคุมตัวเอง การรับฟังผู้อื่น การพูดแสดงความรู้สึก ผลที่ได้คือ ทำให้เกิดความสงบในจิตใจ สามารถควบคุมความเครียดความโกรธได้ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวจากที่เคยมีมาแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับ

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่ได้้นำการจัดการความโกรธหรือการปรับความคิดมาใช้ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติทางจิต พบว่ากลุ่มทดลองสามารถจัดการความโกรธของตนได้ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของ Tomas (2001) ได้ศึกษาการจัดการความโกรธในผู้ที่มีปัญหาการแสดงความโกรธ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีการแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสม Burns et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีคดีและไร้ความสามารถใน

การรับรู้ โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco(1975) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการควบคุมความโกรธเพิ่มมากขึ้น Chan et al. (2003) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความโกรธในการลดการแสดงออกของอารมณ์โกรธในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการแสดงออกของความโกรธและเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Hagiliassis et al (2005) ศึกษาประเมินผลโครงการจัดการความโกรธช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีความโกรธพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีความสามารถจัดการความโกรธมากกว่าผู้ไม่ได้รับการบำบัด และกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้รับการบำบัดที่มีปัญหาการจัดการความโกรธ (Westbrook et al., 2007) สำหรับการนำมาใช้จัดการความโกรธมีขอบเขตของการนำมาใช้คือ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระลึกถึงอารมณ์โกรธของตนเองผ่านทางสัญญาณกายต่างๆ ปรับพฤติกรรมจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความโกรธ จัดการร่างกายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้กายที่กำลังโกรธสงบลง ปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความโกรธ ทบทวนความคิดที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดตัวบุคคล หรือกฎเกณฑ์และหลักการที่เรายึด มีเป้าหมายเพื่อปรับความคิด พฤติกรรม และการตอบสนองทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธผ่านการบำบัดรูปแบบต่างๆในการจัดการความโกรธ และฝึกทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความโกรธได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดนี้เข้ามาร่วมด้วยเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง

การนำการปรับความคิดเข้ามาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ช่วยพัฒนาโครงสร้างความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธไปในทางที่เหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองผ่านการสังเกตจากปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น รู้จักสังเกตเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ โดยใช้หลัก “ใคร ทำอะไร ที่ไหน และเมื่อไหร่” เช่น “ขณะที่คุณเกิดความรู้สึก คุณอยู่กับใคร” หรือ “กำลังทำอะไรอยู่ แล้วเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และที่ไหน” หลักการนี้ช่วยได้มากในการทำให้

ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ความโกรธของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทคนหนึ่งพูดว่า “เคยมีครั้งหนึ่งผมทำงานอยู่ที่ทุ่งนากับพ่อ ตอนนั้นเป็นช่วงบ่ายๆอยู่ดีผมก็หงุดหงิด ดุด่าพ่อ ตอนนั้นผมก็บอกไม่ถูกว่าผมหงุดหงิดหรือโกรธทำไม แต่พ่อได้คิดทบทวนตามที่คุณบอกผมรู้ว่าที่จริงผมรู้สึกหงุดหงิด โกรธเพราะแดดมันร้อน พ่อไม่ได้ทำอะไรให้ผมโกรธเลย” นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทระบอบารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าเกิดอารมณ์โกรธ เพราะการที่คนเราจะสามารถบอกอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้บางครั้งไม่ใช่เรื่องง่ายโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท และช่วยให้รับรู้ระดับความรุนแรงของอารมณ์ เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่มีความรุนแรงไม่เท่ากัน บางครั้งโกรธมาก บางครั้งโกรธน้อย ซึ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันนี้ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ค้นพบความคิดในทางลบ ความคิดที่บิดเบือน พร้อมทั้งช่วยพิสูจน์ความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยปรับความคิดโดยใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด และเทคนิคการหยุดความคิด มาใช้ในการปรับความคิดส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และนำมาซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อนำการจัดการความโกรธมาใช้ร่วมกับการปรับความคิดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยับยั้งไม่ให้ตอบสนองสถานการณ์ที่มากกระตุ้นแบบทันทีทันใด ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิดเกิดการปรับความคิดให้เหมาะสม ทำให้มีทางเลือกในการแสดงออกได้มากขึ้น และระงับไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา สอดคล้องกับนักวิจัยหลายท่านที่ได้นำการบำบัดนี้มาใช้ในผู้ที่มีปัญหาการจัดการความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่ามีการศึกษาทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยจิตเวช เช่น Glancy&Saini (2005) ได้ทบทวนการบำบัดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พบว่าการบำบัดสามารถลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น วัยรุ่นแอฟริกันอเมริกันที่ถูกล่วงละเมิด นักศึกษาระดับปริญญาตรี รวมทั้งยังพบว่าสามารถใช้บำบัดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น ผู้ปกครองและครูที่มีอารมณ์โกรธ ผู้หญิงและผู้ชายที่ทำร้ายผู้อื่น คนขับรถที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทหารผ่านศึกเวียดนามและใช้บำบัดในผู้ที่ต้องคดี เช่น นักโทษชายที่ถูกคุมขังและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เยาวชนชายที่ถูกคุมขัง ผู้ป่วยคดี นอกจากนั้นยังพบว่าสามารถนำไปใช้บำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาด้วยปัญหาความโกรธ ผลการบำบัดดังกล่าวได้ผลดี จากการศึกษาของ Paul et al. (2002) ใช้การบำบัดความคิด (Cognitive behavior therapy) ในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าคะแนนความโกรธหลังการบำบัดลดลง และการศึกษาของ Beck & Fernandez (1998) แบบการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Meta-Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ที่มีปัญหาจากการ

แสดงความโกรธที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความสำคัญในการจัดการความโกรธได้อย่างมาก ผู้ที่ได้รับการบำบัดสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการแสดงความโกรธได้ร้อยละ 76 และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ มีความคงทนเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบอื่นๆ และการศึกษาของDunbar (2004) ที่ศึกษาเรื่องการจัดการความโกรธแบบองค์รวม ใช้หลักของ Cognitive Behavior Therapy ร่วมกับ 12 แนวคิด ในผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก พฤติกรรม และสามารถจัดการความโกรธอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมสามารถอธิบายเป็นขั้นตอนต่างๆได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการบำบัดและเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด และช่วยให้ผู้รับการบำบัดยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สอดคล้องกับ สมบัติ ธิยาพันธ์ (2552) ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาล และยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ขั้นนี้ผู้บำบัดจะได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักและคุ้นเคยกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และได้ทราบว่าไม่ได้มีตนเองเพียงคนเดียวที่มีปัญหาด้านอารมณ์โกรธ มีการแบ่งปันความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือกัน มีความเชื่อมั่นว่าผู้บำบัดและสมาชิกกลุ่มจะสามารถช่วยให้จัดการความโกรธได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดคาดหวัง ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว 2) กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ 3) กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และ 4) กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

การอภิปรายผลแต่ละกิจกรรม

1. กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมการรู้จักความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้ความเข้าใจตั้งแต่คำว่าอารมณ์นั้นคืออะไร มีความสำคัญที่จะต้องอธิบาย

ให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด เพราะอารมณ์เป็นเรื่องที่สำคัญเพราะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดจึงจำเป็นที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ในอารมณ์ และมีการจัดการที่เหมาะสม การที่บุคคลจะสามารถบอกอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้บางครั้งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะบางคนเกิดความสับสนระหว่างอารมณ์และความคิด (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) จึงต้องใช้ทักษะในการฝึกฝนเพื่อให้ตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองโดยเฉพาะอารมณ์โกรธ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจมากขึ้นว่าอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวมันคืออะไร เป็นการช่วยเตรียมความคิดอันเป็นประโยชน์ในการบำบัดขั้นต่อไปด้วย

ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินกิจกรรมนี้

“เคยมีครั้งหนึ่งผมนอนอยู่ในห้องนอนของผม อยู่ดีๆแม่ก็เข้ามาในห้อง แล้วทำท่าทางแปลกมองกวาดสายตาไปรอบห้อง ผมรู้สึกหงุดหงิดให้แม่อย่างมาก”

“หงุดหงิดก็น่าจะเป็นอารมณ์ อารมณ์หงุดหงิด โกรธให้แม่ ที่เข้ามายุ่งวุ่นวายในห้องผม”

“ผมรู้สึกหงุดหงิดที่แม่มาคอยสำรวจผม และที่ผ่านๆมาชอบมาบ่นให้ว่าห้องรก ไม่เรียบร้อย”

“ผมไม่เคยรู้เลยว่าอารมณ์เกิดได้อย่างไร ความคิดของผมนี้เองที่ทำให้ร้ายผม คิดในทางที่ไม่ดีมาตลอดจนทำให้ผมเป็นคนซีโกรธ ซีโมโห”

“ผมเพิ่งรู้ว่าความโกรธก็เป็นอารมณ์อย่างหนึ่ง มันเกิดบ่อยนะครับแต่ผมไม่รู้ว่ามีโกรธ เวลาถูกขัดใจ มีคนทำให้ไม่พอใจ ไม่ชอบ ไม่สมหวัง ผมก็จะรู้สึกโกรธ”

“พฤติกรรมก้าวร้าวมันเป็นการกระทำที่ไม่ดี ที่เราไปด่า พูดจาหยาบคายกับคนอื่น เราไปทำร้ายคนอื่นหรือทำร้ายตนเอง เราทำลายข้าวของ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว”

“ความโกรธมันเป็นความรู้สึกที่อยู่ภายใน แต่พฤติกรรมก้าวร้าวมันคือที่เราแสดงออกมาให้มัยครับ”

2. กิจกรรมการรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นที่จะให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักกลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธว่าเกิดจากอะไร เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจได้ง่ายผู้บำบัดจะอาศัยการยกตัวอย่างประกอบ เพื่อชวนคิดจนผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจและสามารถบอกได้ว่าความโกรธเกิดจากอะไร ดังคำพูดของผู้ป่วย

“ความโกรธเกิดจากความคิด”

“ผมจะไม่โกรธให้คนที่ชนผม ถ้าผมคิดว่าเขาสั่น หรือหกล้ม”

“ผมจะรู้สึกโกรธให้คนที่ชนผม ถ้าผมคิดว่าเขาตั้งใจวิ่งมาชนผม”

3. กิจกรรมเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักความคิดอัตโนมัติในทางลบหรือความคิดอัตโนมัติที่ ก่อทุกข์ เพราะเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการคิดที่มักก่อให้เกิดปัญหาและอารมณ์ของพฤติกรรม (Beck, 1995) จากนั้นจึงให้ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ หรือเรียกว่ารูปแบบของปัญหา กิจกรรมนี้มีประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและมีระบบไม่สับสนยุ่งเหยิง ง่ายต่อการเข้าใจ ปัญหาที่ยุ่งยากและซับซ้อน ช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการเกิดขึ้นของปัญหาและการคงอยู่ ของปัญหา (Westbrook et al., 2007) หลังจากดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกความคิด อัตโนมัติในทางลบหรือความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ เข้าใจสามารถเขียนรูปแบบของปัญหาของตนเอง และบอกประโยชน์ของการเขียนรูปแบบของปัญหาได้ ดังคำพูดของผู้ป่วย

“ผมทำกับข้าวให้แม่รับประทาน แต่แม่บ่นว่าไม่อร่อยและทำเป็นแต่อาหารเดิมๆ ความคิด อัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอนนั้น ผมคิดว่าแม่ไม่รักผม”

“หลังจากที่ผมได้ดูรูปแบบของปัญหาที่คุณพยาบาลสอนให้ผมเขียน ทำให้ผมเข้าใจปัญหา ของผมมากขึ้น”

4. กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ

กิจกรรมการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เป็นการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใน ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมา การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เช่น ความ อับอาย ความกลัว ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความเจ็บปวด ความอับยศ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ เป็นการ ค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมา ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับ ความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ดี (Paul et al., 2002)) ดังคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่พูดว่า

“มีครั้งหนึ่งพ่อพูดจาไม่ดีกับผม พุดหยาบคายต่อว่าผม ผมโกรธพ่อมาก ผมจึงตะโกนด่าพ่อ กลับไป ผมจะสามารถจัดการกับความโกรธในตอนนั้นได้ ถ้าผมรับรู้อารมณ์แรกเริ่มได้ ว่าตอนนั้นผม รู้สึกอับอาย ไร้ค่า แล้วผมจะบอกกับพ่อว่า พ่อพูดไม่ดีกับผม ทำให้ผมรู้สึกอับอาย ไร้ค่า”

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความ โกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้สัญญาณ เตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนในการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อจัดการความโกรธก่อนที่ จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทราบถึงผลกระทบของความโกรธเพื่อสร้างความตระหนักช่วยให้มองเห็น

ผลกระทบของความโกรธเกิดการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ 2) กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ 3) กิจกรรมการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน

การอภิปรายผลแต่ละกิจกรรม

1. กิจกรรมการรู้จักสัญญาณเตือนของความโกรธ

การให้สุขภาพจิตศึกษาให้รู้จักสัญญาณทางกายเมื่อเกิดความโกรธ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภททราบว่ากำลังเกิดความโกรธ โดยการสังเกตจากสัญญาณทางกายแรกเริ่มเมื่อเกิดความโกรธ จะทำให้รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง เป็นการจัดการความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Paul et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ที่กล่าวว่า การสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ถึงสัญญาณเตือนก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ทำให้เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นหรือเริ่มมีอาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถยับยั้งและควบคุมตัวเองไว้ได้ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และตั้งคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่พูดว่า

“ผมจะเริ่มรู้ตัวเลยครับว่าผมเริ่มมีความโกรธ ผมสังเกตว่าเมื่อเวลาถูกแม่ตำ ผมเริ่มมีอาการใจสั้น หายใจถี่ โบทน้ามันเกร็ง ผมรู้ได้เลยว่ากำลังจะโกรธ ก็จะเริ่มควบคุมตัวเอง ไม่ด่าแม่คืนกลับไป”

การสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น สังเกตความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้นความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงต่อกัน เพราะความคิดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนอารมณ์แต่โดยทั่วไปบุคคลมักจะรับรู้ถึงอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้นในชีวิต และไม่ค่อยได้ตระหนักว่าก่อนเกิดอารมณ์นั้นมีความคิดเกิดขึ้นก่อนแล้ว (ดารารวรรณ ต๊ะปินตา, 2555) ดังในคำพูดของผู้ป่วย

“ถ้าไม่ได้มาพบทวนอย่างนี้ ผมก็จะไม่รู้เลยว่าอารมณ์มันเกิดจากความคิด ผมรู้แต่ที่ผมโกรธ ผมโมโหให้แม่”

2. กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธและกิจกรรมการยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน

กิจกรรมการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการแสดงความโกรธ การยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน เป็นการเตรียมความคิด เตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ ผ่านการสร้างการตระหนักรู้ในตนเองช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ และการยอมรับว่าตนเองเคยเกิดความโกรธอย่างนั้นจนส่งผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมรอบข้าง เป็นการสร้างความรู้สึกที่รับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธของตน กิจกรรมนี้

จะช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ และช่วยให้การบำบัดได้ผลดี (Jones & Hollin, 2004) ดังคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่พูดว่า

“ผมเสียใจที่ผมสร้างความเดือดร้อน วุ่นวาย ให้กับคนในครอบครัว จากการที่ผมโกรธไม่พอใจพวกเขา ผมอยากจะทำตัวใหม่ อยากปรับปรุงตัว ไม่อยากเป็นคนแบบนั้นอีก”

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบประบวนการและให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน และการตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ 4) การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

การอภิปรายผลแต่ละกิจกรรม

1. เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ

การดำเนินกิจกรรมนี้มีประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ด้วยการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติจากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง จนสามารถถ่ายทอดลักษณะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Novaco (1975) และสอดคล้องกับ Beck (1995) ที่กล่าวว่าขั้นตอนนี้อาจจะดูยุ่งยากในความรูสึกของผู้บำบัด แต่ด้วยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ทำให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยพร้อมและยินยอมที่ถ่ายทอดข้อมูลบอกเล่าถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ การดำเนินการจึงดำเนินไปได้ด้วยดีทุกครั้งของการดำเนินกิจกรรมในขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ซึ่งสอดคล้องกับ สมบัติ ริยาพันธ์ (2552) ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาล และยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล

สถานการณ์โดยสรุป

“ผู้ป่วยโกรธให้พ่อที่ไม่ไปหมั้นสาวให้ แต่พ่อกลับไปหมั้นสาวให้พี่ชายและจัดงานแต่งงานให้พี่ชายอย่างใหญ่โต ตนเองก็เป็นลูกเหมือนกัน แต่ทำไมไม่ยอมทำตามที่ตนเองขอเรื่อง เมื่อไปบอกกับพ่อบ่อยๆจึงเกิดการทะเลาะกัน”

2 การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood)

การสอนให้รู้จักการตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) ของผู้ป่วยจิตเภทด้วยเทคนิคการระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ กิจกรรมนี้นอกจากผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้หรือตามทันอารมณ์โกรธของตนเองได้แล้วโดยการระบุคำพูดที่แสดงถึงอารมณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ให้คะแนนความรุนแรงของอารมณ์โกรธ โดยแบ่งระดับเป็น 0-10 การดำเนินการดูเหมือนจะยากและผู้ป่วยเองก็ไม่กล้าที่จะตัดสินใจบอกว่าอารมณ์โกรธของตนอยู่ในระดับใด กลัวอาจจะส่งผลกระทบต่อการรักษาและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลที่นานขึ้น ช่วงแรกๆก็มักจะเจอกับคำพูดของผู้ป่วยที่พูดว่า

“ผมไม่กล้าบอกคุณพยาบาล เพราะถ้าบอกไปแล้วผมกลัวเดี๋ยวจะหาว่าอาการผมไม่ดี อาจจะต้องไปชื้อตไฟฟ้า (การรักษาด้วยไฟฟ้า)”

“ถ้าผมบอกว่าผมให้คะแนน10 คะแนน ผมจะต้องอยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้นมั๊ยครับ”

ในการให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าอารมณ์โกรธของตนเองอยู่ในระดับประมาณเท่าใด ผู้บำบัดควรช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจในการจะให้คะแนน ไม่มีผิดหรือถูก ไม่มีผลต่อ การรักษาและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลที่นานขึ้น แต่เป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการความโกรธ และผู้ป่วยสามารถตัดสินใจอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีใครสามารถตัดสินระดับของอารมณ์โกรธของตนเองได้ การระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์มีประโยชน์ต่อการบำบัดเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน หากผู้ป่วยระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์รุนแรงของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมซึ่งในขณะนั้นหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการที่ไม่เหมาะสมค่อนข้างสูง จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายอารมณ์เสียก่อนโดยนำเข้าสู่การสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนเพื่อไม่ให้รบกวนศักยภาพในการความคิดของผู้ป่วย (Beck, 1995 ; ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เซาวณี ล่องชูผล, 2558)

3. การปรับความคิด

การดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดใช้การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธในครั้งนี้ใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) และตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) วิธีการนี้จะช่วยตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้คิดให้รอบด้าน คิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธีออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดอาจจะช่วยเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) เมื่อช่วยปรับความคิดด้วยเทคนิคนี้ทำให้

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถคิดหาหลักฐานมายืนยันความคิดอัตโนมัติของตนเอง และพิสูจน์ความคิดนั้นก็จะทำให้ทราบความจริงและเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยได้ หลังจากนั้นช่วยตรวจสอบค้นหาทางเลือกอื่นที่พอจะช่วยแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดให้รอบด้านมากขึ้นก็จะได้วิธีการแก้ไขปัญหามากมายที่จะให้เลือกว่าจะใช้วิธีการใด เช่นในคำพูดของผู้ป่วย

ความคิดอัตโนมัติของผู้ป่วย “พ่อไม่รักผม พ่อรักแต่พี่ชาย”

คำพูดของผู้ป่วยจากการใช้เทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยันและตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ

“ผมจะไปถามพ่อ ที่ผมคิดว่าพ่อไม่รักผม พ่อรักแต่พี่ชายมันจริงหรือเปล่า”

“ผมจะต้องขยันทำงานเก็บเงินให้มากพอ แล้วค่อยให้พ่อไปหมั้นสาวให้”

“ผมยังเด็กอยู่ พ่อก็เลยยังไม่ไปหมั้นสาวให้”

“พ่อไม่มีเงิน”

4. การฝึกทักษะการฝึกการหายใจ

ในกิจกรรมนี้ใช้ทักษะการจัดการความโกรธ คือ ทักษะการฝึกการหายใจ (Breathing exercises) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Novaco (1975) นอกจากนี้การฝึกการหายใจโดยการควบคุมการหายใจอย่างรู้ตัวได้ โดยค่อยๆหายใจเข้าและออกช้าๆ เป็นจังหวะและสม่ำเสมอต่อเนื่องไปเรื่อยๆ นอกจากจะทำให้หัวใจค่อยๆเต้นช้าลงและเข้าสู่ภาวะปกติได้แล้ว ยังทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดให้มากขึ้น ยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมการกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทต่อสถานการณ์นั้นๆได้อย่างรู้ตัวทุกขณะมากขึ้น (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) สอดคล้องกับคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

“หลังจากได้ฝึกการหายใจ ผมรู้สึกผ่อนคลาย”

“ผมรู้สึกสงบ มีสมาธิ”

“ถ้าเราโกรธแล้วเราควบคุมตนเองโดยการหายใจจะทำให้เราสงบ ผ่อนคลาย หายโกรธ”

กิจกรรมที่ 4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้

เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ

กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่าอย่างเปิดใจ จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ สามารถตรวจสอบระบุอารมณ์และกล้าให้คะแนนระดับของอารมณ์เพราะมองเห็นถึงประโยชน์ต่อการบำบัด ส่วนในขั้นตอนของการปรับความคิดขั้นนี้ใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในแง่ดีและแง่เสียจะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้านซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“จากการฝึกการคิดบวก มันทำให้ผมเกิดรู้สึกว่ารกรรยาผมเป็นคนดี และก็มีควมดีมากมาย ซึ่งผมลืมนอง ผมอยากขอโทษเธอ”

การฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ทำให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ เป็นเทคนิคที่ใช้ลดอาการเกร็งหรือตึงที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งมักเกิดขึ้นเวลาที่โกรธ เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายอย่างรู้ตัว และสอดแทรกการเรียนรู้เปรียบเทียบให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงช่วงที่เกิดความโกรธแล้วเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกไม่สบาย กับช่วงที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อเปรียบเทียบกับตอนที่ไม่มีควมโกรธรู้สึกว่ารกรรยาทุกส่วนคลายตัว ทำให้รู้สึกผ่อนคลายอย่างแท้จริง ซึ่งเมื่อฝึกแล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอย่างนั้นจริงซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการใช้เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ของเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (2552) และดังคำพูดของผู้ป่วย

“ผมรู้สึกผ่อนคลายมาก”

“ไม่รู้เลยว่าเวลาเรากล้ามเนื้อเรามันจะเกร็งขนาดนั้น ผมรู้สึกทรมานไม่สบายกายเลย แต่พอเราได้คลายกล้ามเนื้อทุกส่วนแล้วมันสบาย และรู้สึกสงบทำให้ควบคุมอารมณ์ได้”

กิจกรรมที่5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้

เทคนิคการการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) 4) การฝึกทักษะการจินตนาการ (Visualization)

กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่าอย่างเปิดใจ จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ สามารถตรวจสอบประจักษ์และกล้าให้คะแนนระดับของอารมณ์เพราะมองเห็นถึงประโยชน์ต่อการบำบัด สถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยภายในครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและยากที่หลีกเลี่ยงได้ถึงแม้จะไม่ได้ทำให้คะแนนระดับของอารมณ์โกรธสูงมาก แต่ก็รบกวนผู้ป่วยอยู่ตลอดและผู้ป่วยก็ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำให้ถูกควบคุมด้วยอารมณ์โกรธมาตลอด เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อสถานการณ์นั้นจนส่งผลกระทบต่ออารมณ์จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นสาเหตุให้ญาตินำส่งโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าทะเลาะกับคนในครอบครัว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายญาติ ให้ส่วนในขั้นตอนของการปรับความคิดขั้นนี้ใช้การวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยใช้การถามคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำใจยอมรับได้ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกินความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังคำพูดของผู้ป่วย

“เหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นกับผมคือ ผมควบคุมความโกรธไม่ได้แล้วทำร้ายแม่ ผมอาจจะถูกตำรวจจับหรือโดนญาติพี่น้องรุมทำร้าย”

“ผมจะเลิกตีแม่และกินยาตามที่หมอสั่ง แม่จะได้ไม่มาด่าผม และทะเลาะกันอีก”

“ถ้ามีใครสักคนในครอบครัวมาว่าผม ผมจะพูดกับเขาดีๆ และคิดว่าทุกคนรักผมเขาจึงสนใจ และคอยมาบอกผมไม่ให้ตีแม่และให้กินยา”

“ผมจะไม่ทำร้ายใครเพราะไม่อยากติดคุก”

กิจกรรมการจัดการความโกรธ ในกิจกรรมนี้ใช้ทักษะการจินตนาการ (Visualization) เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ ซึ่งเมื่อฝึกทักษะนี้แล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ถ้าสามารถนำไปใช้ใน

การจัดการกับอารมณ์โกรธในชีวิตประจำวันได้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (2552) และตั้งคำพูดของผู้ป่วย

“การฝึกการจินตนาการทำให้ผมรู้สึกเหมือนผมอยู่กลางทุ่งนาจริงๆ มีเสียงนกร้อง เห็นนาข้าวที่เขียวขจี มันทันรู้สึกเย็นสบาย และสงบจริงๆครับ ถ้าเวลาผมโกรธผมจะลองใช้วิธีนี้ครับ”

กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่า จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบระดับอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์ จากนั้นจึงช่วยปรับความคิดและฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ขั้นนี้มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เปิดใจบอกเล่าสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ 2) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ (Check patient mood) 3) การปรับความคิดโดยใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) 4) การจัดการความโกรธ ในกิจกรรมนี้ใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive)

กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ผ่านการบอกเล่าอย่างเปิดใจ จินตนาการ และแสดงบทบาทสมมติ สามารถตรวจสอบระดับอารมณ์และกล้าให้คะแนนระดับของอารมณ์เพราะมองเห็นถึงประโยชน์ต่อการบำบัด สถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่บ่อยแต่รบกวนจิตใจผู้ป่วยอยู่เสมอ และมีผลกระทบมากเพราะรู้สึกว่าตนเองถูกละเมิดสิทธิ์ ถูกดูหมิ่นเหยียดหยามจากคนในครอบครัว บางครั้งดูเหมือนปัญหานั้นจะเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานมากแล้ว ดูเหมือนปัญหานั้นจะมากขึ้นสำคัญมากขึ้น และเป็นเหตุการณ์ที่คิดถึงแล้วทำให้รู้สึกโกรธ ทำให้ผู้ป่วยหยุดคิดได้ยาก การปรับความคิดขั้นนี้ใช้วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่(Cognitive restructuring) โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) โดยให้ผู้ป่วยหยุดความคิดโดยนึกถึงภาพสมมติขณะอยู่ในห้องบำบัดใช้การปิดสวิตช์ไฟ เปรียบเทียบให้ฟังเหมือนกับการหยุดความคิดของผู้ป่วย การฝึกเริ่มจากให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆแล้วผู้วิจัยก็บอกผู้ป่วยว่า หยุด พร้อมกับปิดสวิตช์ไฟ เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่ แล้วให้ผู้ป่วยใส่ความคิดใหม่เข้าไปแทนที่ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้จะช่วยให้สามารถนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงได้ ซึ่งเทคนิคนี้ใช้ได้จริงและมีประโยชน์ต่อการบำบัดอย่างยิ่งและเป็นไปตามที่ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553) กล่าวไว้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และตั้งคำพูดของผู้ป่วย

“การหยุดความคิด มันหยุดได้เหมือนการปิดสวิตช์ไฟจริงๆครับ”

“การที่จะทำให้เราหยุดคิดได้ ผมว่าสำคัญที่เราต้องรู้จักเตือนตัวเองและบอกตัวเองให้หยุดคิด”

“เรื่องบางเรื่องก็ไม่มีประโยชน์ที่เราจะเก็บมาคิด เราต้องบอกตัวเองให้หยุดคิดเรื่องนั้นจะดีกว่า”

กิจกรรมการจัดการความโกรธ ในครั้งนี้ใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม (Assertive) ซึ่งทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบสนองความโกรธด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสมคือ การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) ให้ผู้ช่วยยกสถานการณ์หรือเหตุการณ์จริงแสดงกับสมาชิกในกลุ่ม เมื่อฝึกแล้วจากการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยสามารถตอบสนองความโกรธได้อย่างเหมาะสมกล้าที่จะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น เพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ Dunbar (2004) และดังคำพูดของผู้ป่วย

“เมื่อมีใครมาทำให้ผมโกรธ ผมจะบอกกับคนนั้นว่า ผมโกรธนะที่เขามาทำ หรือทำอย่างนั้นกับผม”

“ถ้าเราได้บอกความรู้สึกเราให้คนอื่นได้รับรู้ คนอื่นก็คงไม่กล้ามาทำให้เราโกรธ เราก็จะไม่โกรธเพราะไม่มีคนมาคอยกระตุ้นเรา”

ขั้นที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์

กิจกรรมที่ 7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำทักษะการจัดการความโกรธร่วมกับการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ โดยใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นให้เลือกสถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึก โดยให้ผู้ช่วยจินตนาการถึงสถานการณ์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นให้แสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดต่อสถานการณ์ ผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดตามวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) และใช้ทักษะการจัดการความโกรธที่ได้ผ่านการฝึกมาประยุกต์ใช้จนผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม จากนั้นได้ให้ผู้รับการบำบัดได้นำทักษะต่างๆที่ได้ฝึกไปทดลองใช้จริงในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์

จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลพบว่าการใช้จินตนาการ (Imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการหมอบหมายการบ้าน จากสถานการณ์จริงในขณะนี้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการนำทักษะการจัดการความโกรธของตนเองมาประยุกต์ใช้โดยการแสดงบทบาทสมมติกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วย โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อย ไปจนถึงสถานการณ์ที่รุนแรง ด้วยการฝึกจากผู้บำบัดตั้งแต่ต้นจนจบ จนผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะภายในกลุ่มได้ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Novaco (1975) และดังคำพูดของผู้ป่วย

“หลังจากผมได้ฝึกแล้วผมมั่นใจว่าผมจะจัดการความโกรธได้ จะทำตามที่ได้ฝึกมา”

“ผมคิดว่าผมจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้”

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธอีกโดยเน้นการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพราะผู้ที่มีความสุขมักจะโกรธยาก และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยแสดงความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประสบการณ์จากการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ร่วมกับการปรับความคิดและประสบการณ์ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ร่วมกัน

กิจกรรมการป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงวิธีการที่จะสร้างความสุขให้กับตนเองเพราะผู้ที่มีความสุขมักจะโกรธยากและเป็นการพัฒนาความคิดในทางที่สร้างสรรค์ คิดบวก ซึ่งผู้ป่วยได้ร่วมกันเสนอความคิดที่จะทำให้ตนเองมีความสุขไม่โกรธ ไม่ปล่อยให้ความโกรธมาควบคุมตนเองอีกได้มากมาย

2. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco(1975) ร่วมกับแนวคิดการปรับความคิดของ Beck (1995) เมื่อนำมาบูรณาการแล้วได้รูปแบบของกิจกรรมที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้

สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด กิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นที่2 ขั้นการปรับความคิด ร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ มี 4 กิจกรรม กิจกรรมที่3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ กิจกรรมที่4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ กิจกรรมที่5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการ กิจกรรมที่ 6 การปรับความคิดร่วมทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ขั้นที่3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ มี 2 กิจกรรม กิจกรรมที่7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด ซึ่งผลจากกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ดังนี้

ขั้นที่ 1 คือ การเตรียมความคิด (Cognitive preparation) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกและสาเหตุของการเกิดความโกรธ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ และความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจอารมณ์ ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธและสร้างความตระหนักรู้ความโกรธเข้าใจรูปแบบความคิด ความสัมพันธ์ของสถานการณ์หรือสิ่งเร้า ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม สรีระ และเข้าใจรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์โกรธ และสรีระ สามารถค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในได้ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรูสึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ (Paul et al.2002) เกิดการรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธซึ่งเป็นการเตรียมความคิดก่อนจะถึงขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ

ขั้นที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ ซึ่งในขั้นนี้ผู้รับการบำบัดจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ โดยใช้การจินตนาการและแสดงบทบาทสมมติ ตรวจสอบสภาพอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถระบุอารมณ์และให้คะแนนระดับของอารมณ์เพื่อเป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินกิจกรรมการปรับความคิดก่อนหรือสอนทักษะการจัดการความโกรธโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อน ทักษะการจัดการความโกรธที่สอนประกอบด้วย ทักษะ

การฝึกการหายใจ ทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ ทักษะการจินตนาการ เพื่อให้ร่างกายที่กำลังโกรธสงบลง ลดความตึงเครียดลงซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ และทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เป็นการพูดเพื่อให้ตนเองบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบ ได้ผลดี โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร ส่วนการปรับความคิดใช้เทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ด้วยเทคนิคการถามถึงหลักฐานยืนยัน การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ เทคนิคการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เทคนิคการลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด เทคนิคการหยุดความคิด ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ดังเหตุผลที่อภิปรายไว้ในสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่ได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยไม่ได้รับกิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด จึงไม่เกิดความรู้ความเข้าใจในอารมณ์โกรธ สาเหตุของการเกิดความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่มากระตุ้น ความรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการตอบสนองต่อความโกรธ กลไกสาเหตุของการเกิดความโกรธ การรับรู้สัญญาณเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จึงขาดความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาเรื่อยๆเมื่อมีสถานการณ์ต่างๆมากระตุ้น เช่น เจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกข่มขู่ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งกระบวนการคิดมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความโกรธ และการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย (Beck, 1976; Jaques & Reimer, 2005) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในกลุ่มควบคุมอาจจะต้องใช้ระยะเวลาที่นานมากกว่ากลุ่มทดลองในการที่จะทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม เพราะฉะนั้นเมื่อทำการประเมิน Post-test ตามระยะเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดคือ 1 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมแล้ว เมื่อวัดผลค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวจึงยังไม่ลดลง ยังคงอยู่ในระดับรุนแรงเท่าเดิม

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความ

โกรธที่เน้นการปรับความคิด มีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Burns et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีคดีและไร้ความสามารถในการรับรู้ โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการควบคุมความโกรธเพิ่มมากขึ้น Chan et al. (2003) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความโกรธในการลดการแสดงออกของอารมณ์โกรธในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการแสดงออกของความโกรธ และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Hagiliassis et al (2005) ศึกษาประเมินผลโครงการจัดการความโกรธช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีความโกรธพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีความสามารถจัดการความโกรธมากกว่าผู้ไม่ได้รับการบำบัด Tomas (2001) ได้ศึกษาการจัดการความโกรธในผู้ที่มีปัญหาการแสดงความโกรธ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีการแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสม และกัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดมีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาของ Paul et al. (2002) ใช้การบำบัดความคิด (Cognitive behavior therapy) ในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าคะแนนความโกรธหลังการบำบัดลดลง Glancy & Saini (2005) ได้ทบทวนการบำบัดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พบว่าการบำบัดสามารถลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น วัยรุ่นแอฟริกันอเมริกันที่ถูกล่วงละเมิด นักศึกษาระดับปริญญาตรี รวมทั้งยังพบว่าสามารถใช้บำบัดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น ผู้ปกครองและครูที่มีอารมณ์โกรธ ผู้หญิงและผู้ชายที่ทำร้ายผู้อื่น คนขับรถที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทหารผ่านศึกเวียดนามและใช้บำบัดในผู้ที่ต้องคดี เช่น นักโทษชายที่ถูกคุมขังและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เยาวชนชายที่ถูกคุมขัง ผู้ป่วยคดี นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถนำไปใช้บำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาด้วยปัญหาความโกรธ ผลการบำบัดดังกล่าวได้ผลดี และการศึกษาของ Beck & Fernandez (1998) แบบการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Meta-Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ที่

ปัญหาจากการแสดงความโกรธที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความสำคัญในการจัดการความโกรธได้อย่างมาก ผู้ที่ได้รับการบำบัดสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการแสดงความโกรธได้ร้อยละ 76 และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ มีความคงทนเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่นๆ

ผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า กิจกรรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงคาดว่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งเป็นอีกข้อค้นพบหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชควรให้ความสำคัญกับนําการบำบัดนี้ไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ในฐานะผู้วิจัยขอเสนอแนะเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวช ตลอดจนผู้ที่สนใจศึกษา ซึ่งแบ่งเป็นในแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลจิตเวชควรนำเอาการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ ซึ่งจากสถิติที่พบและจากปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยพบเห็นในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจะมาด้วยอาการสำคัญคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว แม้กระทั่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสักระยะแล้วยังพบว่าผู้ป่วยยังแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่เป็นระยะจากสถานการณ์ต่างๆที่มากกระตุ้น เพราะฉะนั้นพยาบาลจิตเวชพึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช ที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชโดยนำรูปแบบการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวและช่วยปรับความคิดซึ่งสามารถช่วยแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับความโกรธได้อย่างเหมาะสม

1.2 การนำการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้ พยาบาลที่นำไปใช้จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ความรู้ด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและผ่านการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากเป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการความโกรธ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การนำการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้ อาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท

1.4 พยาบาลหรือผู้บำบัดที่มีความสนใจอยากนำการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการของการจัดการความโกรธและการปรับความคิด เพื่อให้การบำบัดเกิดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี เนื่องจากในรูปแบบการบำบัดจะต้องมีการเล่าทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทสมมติ พยาบาลหรือผู้บำบัดจึงต้องมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังต้องมีเทคนิคในการควบคุมและทำให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นไปได้อย่างดี เกิดสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ควรบำบัดในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบและไม่มีปัญหาภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเซวาร์ปัญญา เพราะถ้าความคิดความจำไม่ดี (Cognitive impair) จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาการปรับความคิดได้ ดังนั้นก่อนบำบัดจึงควรมีการประเมินอาการทางจิต และประเมินสมรรถภาพทางสมองก่อน

1.5 ควรมีการศึกษาการใช้การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดในระยะยาว ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

พยาบาลจิตเวชหรือผู้บำบัดควรมีการส่งเสริมให้ได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการจัดการความโกรธรวมถึงการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มทักษะและเพิ่มศักยภาพของพยาบาลจิตเวชหรือผู้บำบัด ตลอดจนส่งเสริมให้มีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดแบบต่างๆเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

3. ด้านการบริหาร

ผู้วิจัยต้องการที่จะนำเสนอการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหรือกลุ่มโรคอื่น ๆ ทางจิตเวชต่อผู้บริหารในระดับโรงพยาบาล ระดับศูนย์สุขภาพจิต ระดับกรมสุขภาพจิต เพื่อนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว เพราะผู้บริหารในทุกระดับต่างมองเห็นถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ อยู่ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญรุนแรงอยู่ในปัจจุบันโดยเฉพาะปัญหากำลังพบและต้องช่วยกันแก้ไขคือ ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High

Risk to Violence) ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่รูปแบบการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับบุคลากรที่มีสุขภาพ ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นและเพื่อการศึกษาและพัฒนาให้เป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐาน

4. ด้านการทำวิจัย

4.1 นำการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชโรคอื่น หรือนำไปใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อเป็นการขยายผลทางการศึกษา

4.2 ควรมีการศึกษาดูการคงอยู่ของผลการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการติดตามผลระยะยาวด้วยการประเมินคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ ทักษะ ที่ผู้บำบัดสอนไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4.3 ควรมีการศึกษาผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทอื่น เช่น ในชุมชน เพื่อส่งเสริมการดูแลเชิงรุกและมีการศึกษาที่หลากหลายมากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กชพงศ์ สารการ. (2542). **พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร**

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2554.**รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต**

ปีงบประมาณ 2554.กรุงเทพมหานคร:หจก.บางกอกบล็อก.

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2555.**รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต**

ปีงบประมาณ 2555.กรุงเทพมหานคร:หจก.บางกอกบล็อก.

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2556).**รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต**

ปีงบประมาณ 2556.กรุงเทพมหานคร:หจก.บางกอกบล็อก.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการ**

ก่อความรุนแรง.

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). **โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น.**ในนันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ

(บรรณาธิการ). **จิตเวช ศิริราช DSM-5.** กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์

กัญญาวรรณ ระเบียบ.(2555).**ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการ**

ควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉวี ธรรมสุขและคณะ. (2547).**การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช**

ศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์. (2558). **การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.**[online]

2558.Available from:<http://www.teacher.ssru.ac.th>. [2558, มีนาคม 16]

ดวงใจ ปินตากุล. (2558). **การบริหารจัดการความโกรธ.** [online] 2558.Available from

:<http://www.journal-social.mcu.ac.th>. [2558, ตุลาคม 17]

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555).**ภาวะซึมเศร้า:การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับ**

ความคิดและพฤติกรรม.เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และ เขาวนิ ล่องชูผล. (2558). **การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและ**

พฤติกรรม. เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การฝึกอบรมการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม. กรมสุขภาพจิต.

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ.(2542).ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณา

เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีระ สีสานันทกิจ. (2541).**การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับ**

ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นงพะงา ลิ้มสุวรรณ และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558).**Aggression and violence in
adolescents.**[online]2558.Available from :<http://www.rcpsycht.org>. [2558,
เมษายน 28]

นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2558). **การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตสังคม.** วิทยาลัยพยาบาล
และสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.[online]
2558.Available from:<http://www.teacher.ssru.ac.th>. [2558, เมษายน 17]

นิตยา ศรีจำนง. (2558). **การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้.** [online]
2558.Available from:<http://www.teacher.ssru.ac.th>. [2558, มีนาคม 16]

นิตยา ศรีจำนง. (2558). **การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.** [online] 2558.Available
from:<http://www.teacher.ssru.ac.th>. [2558, มีนาคม 16]

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.

ปัญญา ทองทัฬ.(2556). **พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของ
ครอบครัว.**วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ31(4):
121-127.

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูรณ์.(2549).**Brief Psychiatric Rating Scale:BPRS.**ไม่ได้ตีพิมพ์
พิชญวดี จิตตโรภาส และมนัท สูงประสิทธิ์. (2558). **จิตเวชฉุกเฉิน.** ในมานโซ หล่อตระกูล และ
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ).จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพมหานคร :
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์.(2552).**ตำราโรคจิตเภท.**สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
พระศรีมหาโพธิ์,โรงพยาบาล.งานเวชระเบียน 2554.**รายงานสถิติประจำปี.**อุบลราชธานี:
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

พระศรีมหาโพธิ์,โรงพยาบาล.งานเวชระเบียน 2555.**รายงานสถิติประจำปี.**อุบลราชธานี:

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

พระศรีมหาโพธิ์,โรงพยาบาล.งานเวชระเบียน 2556.รายงานสถิติประจำปี.อุบลราชธานี:

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.

มณฑาทิพย์ ชัยเปรม.(2555).พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร
ทางการพยาบาล.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย21(1).

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์.(2552).จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร:ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพร์ซ.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพร์ซ.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.

รจิต เจียงวรรณะ และคณะ. (2541).ผลการใช้คู่มือการพยาบาลพฤติกรรมก้าวร้าว.วารสารสวน
ปรง4(3): 29-39.

รังสิยา แถวสุวรรณ.(2558).การจัดการกับความโกรธ.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
[online] 2558.Available from :<http://www.dmh.go.th>. [2558, เมษายน 28]

วาสนา แฉล้มเขตร. (2544). การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน. เอกสารการสอนชุดวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่1-7มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
นนทบุรี : สุโขทัยธรรมมาธิราช.

ศุภโชค สิงห์กันต์. (2558). พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง.ในนันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ
(บรรณาธิการ).จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์

สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา.(2558).บทความเพื่อสุขภาพจิต.สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ
เจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หน้า309-316.[online]2558.Available
from :<http://www.dmh.go.th>. [2558, เมษายน 28]

สมบัติ ธิยาพันธ์.(2552). การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช.
วารสารกองการพยาบาล36(2):68-76.

สมภพ เรื่องตระกูล.(2552).ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล.(2554).ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพมหานคร: เรือน
แก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล.(2553).**ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**.กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549).**ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**.กรุงเทพมหานคร: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาติ พหลภาคย์.(2446).**โรคจิตเภท**.ในรัชชชัย กฤษณะปกรกิจ และนวนันท์ปิยะวัฒน์กุล
(บรรณาธิการ).จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คลัง
นานา.

สุชาติ พหลภาคย์.(2558). **Cognitive Therapy**.ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น..[online] 2558.Available from :[http://www.
psychi1.md.kku.ac.th](http://www.psychi1.md.kku.ac.th). [2558, มกราคม 18]

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (บรรณาธิการ). (2552). **คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม**.
กรุงเทพมหานคร:ปิยอนด์พับลิสซิ่ง.

สิรินภา จาติเสถียร. (2547). แบบวัดการแสดงความโกรธ. ในผลการสอนเทคนิคการควบคุม
ความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. **วารสาร
โรงพยาบาลศรีธัญญา** 8 (2): 12-23.

หรรษา แก้วพูลปกรณ์. (2541).**ผลของการฝึกควบคุมความโกรธและทักษะทางสังคมที่มีต่อ
การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนอาชีวศึกษา**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2545).**การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2553). “การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม” ใน อรพรรณ ลือบุญธวัช
ชัยและพีรพนธ์ลือบุญธวัชชัย, (บรรณาธิการ).**การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค
ซึมเศร้า**.กรุงเทพมหานคร:ธนาเพรส.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2553).**การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2554).**การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราพร สีสิริธวัชวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). **การ
พยาบาลจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สายธุรกิจ.

อารยา ปิยะกุล.(2558). **อารมณ์และการควบคุมอารมณ์**. [online] 2558.Available from :<http://www.edu.msu.ac.th>. [2558, ตุลาคม 17]

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association.**Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 4th ed. Text Revision. Washington DC : American Psychiatric Association, 2000 : 297-344.

Arnetz, J.E. &Arnetz, B.B.(2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. **Social Science and Medicine** 52: 417–427.

Bandura,A.(1976).Social Learning analysis of aggressive in E.Ribesyn& A.Bandura(Ed).**Analysis of delinquency and aggressive**.Hillsdale,NJ;Earlbaum.

Beck, C.K., Rawlins, R.P.,&Williams, R.(1976).**Mental health psychiatric nursing:A holistic lifecycleapproach**. St.Louis: The C.V.Mosby.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.E. and Emery, G. (1979).**Cognitive therapy of Depression**.NewYork:The Guilford Press.

Beck, J.S. (1995).**Cognitive Therapy : Basic and Beyond**. New York : The Guilford Press.

Clark, D. M. and Fairburn, C.G. (1997).Science and practice of cognitive behavior therapy.Oxford University Press.

Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of anger : a meta-analysis. **Cognitive therapy and research** 22(1): 63-74.

Benton,A.L., (1968).Differential behavioral effects of frontal lobe disease.**Neuropsychology**6: 53-60.

BI-Badri, S. M., &Mellsop, G. (2002). A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 36: 399-403.

Bowie,C.R.,Moriarty,P.J.,Harvey,P.D.,Parrella,M.,White,L.,&Davis,K.L.(2001).

Aggresion in elderly schizophrenia patients :coparision of nursing home and state hospital residents. **Neuropsychiatry ClinNeurosci** 13(3): 357-366.

Boyd, M.A. (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3rd ed.

Philadelphai:Lippincott.

- 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: 569-577.
- Chang, C.J.,&Lee, C.S. (2004).Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. **Psychiatry**55(11):1305-1307.
- Chen,S.J.(1997).A study on the violence of psychiatric patient at acute psychiatry ward.**Nursing Research**5(5): 195-205.
- Chou,K.R.,Lu,R.B.,&Mao,W.C.(2002).Factors relevant to patient assaultive behavior and assault inpatient psychiatric units in Taiwan.**Archives of Psychiatric Nursing** 16(4):187-195.
- Chan, H.Y., Lu, R.B., Tseng, C.L., & Chou, K.R. (2003).Effectiveness of the Anger control Programinducing Anger Expression in patient with schizophrenia.**Archives of PsychiatricNursing** 17(2): 88-95.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowlev, K. &Tuckwell.V.(1997).Aggressive behavior in schizophrenia :role of state versus trait factors.**Psychiatry Research**72 :41-50
- Cornaggia, CM1.,Beghi, M., Pavone, F.,&Barale, F. (2010).Aggression in psychiatry wards: a systematicreview.**PsychiatryRes**189(1):10-20.
- Dack,C., RossJ., Papadopoulos,C., Stewart,D., Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression.**ActaPsychiatrScand** 127(4): 255-268.
- Dobson, K. S. (Ed). (2010).**Hanbook of Cognitive behavioral therapies. (3rded.)**. New York: The Duilford Press.
- Dunbar, B. (2004). Anger management:A holistic approach. *Journal of The American Psychiatric Nurses Association*, 10(1), 16-23.
- Eileen, F.M., &Collen, C. L. (2003).An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric setting. **Archives of Psychiatric Nursing**, 17(4): 146-155.
- El-Badri, S. M. &Mellsop, G. (2006).Aggressive behavior in acute general adult

- psychiatric unit. **Psychiatric Bulletin**, 30(6): 166-168.
- Eitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. (1997). Aggressive behavior in schizophrenia: role of state versus trait factors. **Psychiatry research** 72: 41-50.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., and McHugh, P.R. (1975). Min-Mental State A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. **Journal of Psychiatric research** 12: 189-198.
- Fox, C., & Kane, F. (1996). **Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating The Behavior and Biological Science**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Glancy, G., Saini, M. A. (2005). An evidenced-based review of psychological treatments of anger and aggression. **Brief Treatment and Crisis Intervention**, 5(2): 229-248.
- Hagiliassis, N., Gulbenkoglul, H., Dimarco, M., Young, S., & Hudson, A. (2005). The anger management project : a group intervention for anger in people with physical and multiple disabilities. **Journal of intellectual & Developmental disability** 30(2): 86 - 96.
- Hahn, S., Needham, I., Abderhalden, C., Duxbury, J.A.D. & Halfens, R.J.G. (2006). The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and Management. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 13(5): 197-204
- Hamolia, C.D. (2005). Prevention and managing aggressive behavior. In Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (Eds.). **Principle and practices of psychiatric nursing**. (pp.630-653). 8th ed. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Han, D.H., Park, D.B., Na, C., Baik, S.K., Young, S.L., (2004). Association of aggressive behavior in Korean male schizophrenic patients with polymorphisms in the serotonin transporter promoter and catecholamine-O-methyltransferase genes. **Psychiatry research** 129: 29-37.
- Harris, J.L., Rawlins, R.P. (1993). Anger. In R.P. Rawlins, S.R. Williams, & C.K. Beck, (Ed). **Mental health psychiatric nursing a holistic life-cycle approach**. (pp.207-223). Philadelphia: Lippincott.
- Hodgins, S. (2008). **Violent behaviour among people with schizophrenia: a**

framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. Downloaded from rstb.royalsocietypublishing.org on September 15, 2014

- Hoffman, L., Paris, S., Hall, E., & Schell, R. (1998). **Developmental psychology Today (5th Eds)**. New York: McGraw-Hill.
- Hoptman, M.J., Volavka, J., Johnson, G., Weiss, E., Bilder, R.M., & Lim, K.O., (2002). Frontal whitematter microstructure, Aggression and impulsive in men with schizophrenia. **A preliminary study Biological Psychiatry** 52: 9-14.
- Hui-Ya Chan. (2003). Effectiveness of the Anger Control Program in Reducing Anger Expression in Patients with Schizophrenia. **Archive of Psychiatric Nursing**. 17 (2003): 88-95
- Jaques, S.H. & Reimer, M. (2005). Management of aggression. In M.A. Boyd. (Eds). **Psychiatric nursing contemporary practice**. (pp. 950-972). Philadelphia: Lippincott.
- Jones, D., & Hollin, C. R (2004). Managing problematic anger: The development of a treatment program for personality disordered patients in high security. **International Association of Forensic Mental Health Services**, 3(2), 197-210.
- Jung, H.S., Song, J.Y., & Chung, K.J. (2000). Anger experience and expression in patients with schizophrenia. **J Korean Neuropsychiatr Assoc** 39(6): 1045-1053.
- Kay, S.R., Wolkenfeld, F., & Murrill. (1998). Profile of aggression among psychiatric inpatient II: Covariates and predictors. **The Journal of Nervous and Mental Disease** 176(7) :547-557.
- Kassinove, H. & Sukhodolsky, D.G. (1995). **Anger disorder: Basis science and practice issue**. In H. Kassinove (Editor). Anger disorder: Definition, diagnosis, and treatment. (pp. 1-26). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Lejoyeux, M., Nivoli, F., Basquin, A., Petit, A., Chalvin, F., & Embouazza, H. (2013). An Investigation of factors increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenic inpatients. **Forensic Psychiatry** 97(4).
- MacArthur, F. (2001). **The MacArthur Violence Risk Assessment Study Executive Summary**. Available from: <http://macarthur.virginia.edu/risk.html>.
- Marram, G. D. (1978). **The group approach in nursing practice**. 2nd ed. St. Louis: C.V.

- Martha, L. C. (2000). **Understanding and Treating Violence Psychiatric patients.** Washington DC: American Psychiatric press, Inc.
- Mendes, D.D., Mari, J.G.J., Singer, M., Barros, G.M., Andrea, F., & Mello. (2009). Study review of the biological, Social and environmental factors associated with aggressive behavior. **Rev Bras Psiquiatr** 31(Suppl II): 77-85.
- Murray, C.J., Lopez, A.D., (1996). **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I), 1996.
- Needham, I., Hahn, S., Abderhalden, C., Duxbury, J. A. D. & Halfens, R. G. (2006). The effect of a training course on mental health nurses attitudes on the reasons of patient aggression and its management. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 13(5): 311-324.
- Novaco, R.W. (1975). **Anger control: The development and evaluation of an experimental.** Lexington, Mass: D.C. Health and company.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). **The brief psychiatric rating scale.** Psychological report 10: 760-812.
- Paivio, S.C. (1999). Experiential conceptualization and treatment of anger. **Journal of clinical psychology** 5(3): 311-324.
- Paul, W., Jessica, J., Rachel, T., & Gill, G. (2002). A Randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive behavioral anger management group for client with learning disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 15: 224-235.
- Polit, D. & Beck. (2004). **Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice.** Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rossi, A.M., Jacobs, M., Monted, M., Olsen, R., Subber, R.W., Winkler, E. L. & Wommack, (1986). Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other Fearingducing behaviors. **The Journal of Nervous and Mental Disease** 174(4):154-160.
- Sandock, B., & Sandock, A. V. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Selim, M. El-Badri,(2006). Aggressive behaviour in an acute general adult psychiatric unit.**Psychiatric Bulletin**30(6) :166-168.
- Serper, M.R.(2011).Aggression in Schizophrenia.**Schizophrenia Bulletin** 37(5): pp.897-898
- Song.H.,Min, S.K.(2009).Aggressive behavior model in schizophrenia patients.**Psychiatry Research** 167(2009) : 58-65.
- Spielberger, C.D. (1996).**Manual for the state-trait anger expression inventory(STAXI)**Odessa, FL:Psychological Assessment Resources.
- Spear, L. P. (2000).The adolescent brain and age-related behavioral manifestations.**Neurosci Biobehavior**2000(24) :417-63.
- Steinert, T.&Hamann, K. (2012).External validity of studies on aggressive behavior in patient with schizophrenia :systematic review.**Clin Pract Epidemiol Ment Health** 2012(8) :74-80.
- Swartz, M.S., Swanson, J. W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R.,Burns, B.J.,(1998). Aggression and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication.**American Journal of Psychiatry**155 : 226–231.
- Taylor, C., Lillis, L., & Lemone, P.(1989). **Fundamental of nursing : The art and science of nursing care**. Philadelphia: Lippincott.
- Thomas, S. P. (2001).**Teaching healthy anger management.Perspectives in Psychiatric Care**37(2) : 41-48.
- To, M. Y. & Chan, S. (2000). Evaluating the effectiveness of progressive muscle relaxation in reducing the aggressive behavior of mentally handicapped patients. **Archives of Psychiatric Nursing**XIV(1): 39-46.
- Videbeck, S. L.(2001). Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Whittington, R., and Patterson, P. (1995). Verbal and non-verbal behavior immediately prior to aggression by mentally disordered people: Enhancing the assessment of risk.**In Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing**3(1): 47-54.
- Videbeck, S. L.(2006). **Psychiatric mental health nursing**. Philadelphia: Lippincott William &Wilkins.
- Volavka, J. &Citrome,L.(2011).Pathway to Aggression in Schizophrenia Affect

- Results of Treatment. **Schizophrenia Bulletin** 37(5):921-929.
- World Health Organization.(2011). **Schizophrenia [online]**. Available from: www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/en/ [2013, Nov 26].
- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J., (2007). **Cognitive Behavior Therapy: Skill and Applications**. Los Angeles: SAGE Publication.
- Yudofsky, S., Silver, J. M. & Jackson, W. (1986). The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. **In American Journal of Psychiatry** 143(1):35-39.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

| รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|---------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 2. นางพิมพ์ชนก หาคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 3. นางนาฏลดา นำภา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 4. นางสาวรัชนี ปานเพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 5. อาจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ | อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1314

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายพยงค์ศักดิ์ ผางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นายพยงค์ศักดิ์ ผางแก้ว โทร. 08-5223-0406

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ใบประกาศนียบัตรเพื่อแสดงว่าผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร

การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

และหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นายพยนต์ศักดิ์ ผางแก้ว นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา

จากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม

(นายแพทย์ธณินทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

๑๓ / พฤศจิกายน / ๒๕๕๘



ที่ สธ ๐๘๑๑/ ๕๕๐๘

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๑๒ ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๕๐๐๐

๖๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์

เรียน นายพยุศักดิ์ ฝางแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัย เรื่อง
“ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท”

ตามที่ ท่าน ขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม เรื่อง “ผลของการจัดการความ
โกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท” ความแจ้งแล้วนั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาโครงการดังกล่าว
เรียบร้อยแล้ว และมีมติอนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข ตามรายละเอียดแบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการ
ศึกษาวิจัยในมนุษย์ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธณินทร์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคมะเร็ง

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๙๙

โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๙๘

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
(Research Subject Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัยผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ
ผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ชี้แจง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้วิจัยหลักนายพยุงศักดิ์ ผางแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ชื่อผู้ร่วมวิจัย:อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ชายวิฤต อุเงิน

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนใน เอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยจิตเภท มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้สูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า เป็นอาการสำคัญที่ญาตินำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคนอื่นและทำลายสิ่งของ เป็นสาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำเพราะจะถูกกระตุ้นได้ง่าย พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลมาจากความโกรธที่ท่วมท้น การไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเอง ความต้องการ ความคาดหวังถูกขัดขวางทำให้อารมณ์ไม่มั่นคงจึงเกิดความโกรธขึ้น ซึ่งความโกรธจะเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา นอกจากนั้นยังพบว่ากลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ เมื่อเจอสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการถูกข่มขู่ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเกิดอารมณ์โกรธและนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้จนทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา หรือแม้จะมีความคิดที่จะควบคุมอารมณ์โกรธ แต่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีขีดจำกัดในการควบคุมอารมณ์จึงไม่สามารถระงับอารมณ์โกรธได้

การบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องใช้การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เพราะความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งหลักการบำบัดแบบปรับความคิดมีความเชื่อหลักอยู่ว่า ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนความคิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำโครงการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวและลดอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับความคิดจัดการกับอารมณ์โกรธได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และเป็นแนวทางในการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. เป็นเพศชาย
2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
4. มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับรุนแรง (15-21 คะแนน) ขึ้นไป ตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
5. มีอาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
6. ไม่มีความจำเสื่อม โดยท่านต้องผ่านเกณฑ์ประเมินคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษาคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ขึ้นไปตามแบบทดสอบ MMSE-THAI 2002
7. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
8. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำการวิจัยที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ชายวิภฤต ฉุกเฉิน และกลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ชายเร่งรัดบำบัดโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 40 คน ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

ท่านจะได้เข้าร่วมโครงการ การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญคือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมความคิดมี 2 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด และกิจกรรมที่ 2 การรับรู้สัญญาเตือน

ของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธขั้นที่2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธมี 4 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจกิจกรรมที่4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ กิจกรรมที่5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการและกิจกรรมที่6 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมขั้นที่3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นมี 2 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมที่8 สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด เป็นการบำบัดรายกลุ่มและมีจำนวนการบำบัดรวม 8 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมที่ 1-7 จะดำเนินการวันเว้นวัน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 จะให้ท่านได้ทดลองนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดทำกิจกรรมที่ 8 การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด รวมการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้งใน 3 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะใช้เวลา 90 นาที และมีการติดตามผลเพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวหลังสิ้นสุดโครงการในสัปดาห์ที่ 4

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านจะได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินที่ท่านเป็นผู้ตอบด้วยตนเองประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และแบบวัดการแสดงความโกรธ โดยในขณะที่ตอบแบบสอบถามและแบบประเมินผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ท่านเพื่อคอยตอบข้อสงสัย กรณีที่ท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถามและแบบประเมินหรือไม่เข้าใจในข้อความ ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามและแบบประเมินให้ฟังและอธิบายจนท่านเข้าใจ โดยเรียงลำดับของแบบสอบถามและแบบประเมินที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อยไปยังแบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น ส่วนแบบประเมินอาการทางจิตและแบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามและแบบประเมินจะดำเนินการในห้องที่เป็นสัดส่วนและรักษาความลับ

2. ท่านจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ อายุ และระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิตเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้จากนั้นจับฉลากที่ละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดย

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญคือ ขั้นตอนที่1ขั้นเตรียมความคิด มี 2 กิจกรรม คือกิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การใช้สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การรู้จักความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับความคิด และกิจกรรมที่2 การรับรู้สัญญาเตือนของความโกรธ ผลกระทบจากความโกรธ ยอมรับความโกรธและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ ขั้นตอนที่2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการฝึกซ้อมทักษะการจัดการความโกรธ มี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่3 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการฝึกการหายใจ กิจกรรมที่4 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ กิจกรรมที่5 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการจินตนาการและกิจกรรมที่6 การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่7 การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมที่8 สรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด เป็นการบำบัดรายกลุ่มและมีจำนวนการบำบัดรวม 8 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมที่ 1-7 จะดำเนินการวันเว้นวัน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 จะให้ท่านได้ทดลองนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงนัดทำกิจกรรมที่ 8 เป็นการสรุปเนื้อหาของทักษะที่ฝึกทั้งหมด รวมการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้งใน 3 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะใช้เวลา 90 นาที และมีการติดตามผลเพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวหลังสิ้นสุดโครงการในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยมีพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อครบ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือนัดท่านเพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ในสัปดาห์ที่ 4 และเกณฑ์ เมื่อเสร็จเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยจะสอนการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด และแจกคู่มือการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดให้กับท่าน ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และ วิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

โปรแกรมการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช และดำเนินการอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสามารถปรึกษาจิตแพทย์ได้ตลอดเวลา การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่เป็นการรุกร้าร่างกายและคุกคามด้านจิตใจของท่าน แต่อาจต้องใช้เวลาในการให้สัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม และการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชาย วิกฤต ฉุกฉิน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง หรืออาจได้รับผลกระทบจากความโกรธที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจะควบคุมอย่างใกล้ชิดและในขณะที่ดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดให้มีพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้คอยดูแลกลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระเทือนทางจิตใจ เช่นมีความรู้สึกลำบากใจ กังวล มีความคิดฆ่าตัวตายหรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแล พร้อมรายละเอียดอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และการบำบัดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทจากผู้วิจัยและได้รับการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานของโรงพยาบาล นอกจากนี้ผลการวิจัยจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพ

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

คำตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ท่านได้รับของที่ระลึก คือ กระเป๋าผ้ามูลค่า 35 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยนี้ หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง ท่านยังได้รับการบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลหากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นายพยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 115 หมู่ที่ 2 ตำบลเชียงใน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี 34150 โทรศัพท์ (มือถือ) 085-2230406 หากเกิดกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังทีมรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

นายพยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 115 หมู่ที่ 2 ตำบลเชียงใน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี 34150 โทรศัพท์ (มือถือ) 085-2230406

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์ 094-2672502 หรือ 045-352500 ต่อ 61-597,61-599

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลการบำบัด และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยแยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจถือคีย์โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นายพยุงค์ศักดิ์ ฝางแก้ว)



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Informed Consent)
ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ
ผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ลงนามเดือน.....พ.ศ.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ พยาน

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ พยาน

(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ใบประกาศนียบัตรเพื่อแสดงว่าผู้วิจัยได้ผ่านการอบรม
หลักสูตรการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิติการทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1347

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กันยายน 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

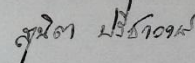
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายพุงศักดิ์ ฝางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และแบบวัดการแสดงความโกรธ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายพุงศักดิ์ ฝางแก้ว ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

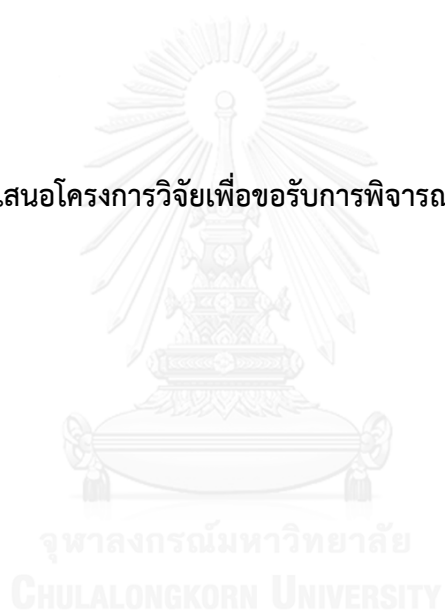
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นายพุงศักดิ์ ฝางแก้ว โทร. 08-5223-0406

หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/ 1747



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย 1 ชุด
 2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 1 ชุด
 4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย นายพยงค์ดี ผางแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายพยงค์ดี ผางแก้ว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นายพยงค์ดี ผางแก้ว โทร. 08-5223-0406



ภาคผนวก ง
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) คำนวณได้จากสูตร
ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

$$CVI = \frac{16}{16} = 1.00$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการแสดงความโกรธ

$$CVI = \frac{24}{24} = 1.00$$



| | | |
|---|--|--|
| A | | |
|---|--|--|

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง หน้าข้อความตามความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้ โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

1.อายุ.....ปี

2.สถานภาพสมรส

(1) โสด

(2) สมรส

(3) หม้าย

(4) หย่าร้าง

(5) แยกทางกันอยู่

3.นับถือศาสนา

(1) พุทธ

(2) อิสลาม

(3) คริสต์

(4) อื่นๆ(ระบุ).....

4.การศึกษา

(1) ประถมศึกษา

(2) มัธยมศึกษาตอนต้น

(3) มัธยมศึกษาตอนปลาย

(4) อนุปริญญาหรือ

(5)ปริญญาตรี

ประกาศนียบัตร

(6) สูงกว่าปริญญาตรี

5.อาชีพ

(1) ไม่มีอาชีพ

(2) รับจ้าง

(3) ค้าขาย

(4) เกษตรกรรม

(5) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

(6) ว่างาน

(7) อื่นๆ(ระบุ).....

6.ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

| | | |
|---|--|--|
| A | | |
|---|--|--|

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านในแต่ละข้อคำถาม โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

| พฤติกรรม | มี | ไม่มี |
|---|----|-------|
| พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด : | | |
| 1. ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ | | |
| 2. ตะโกนว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง เช่น “ไอ้โง่” | | |
| 3. ต่ำว่าหยาบคายรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคาย | | |
| 4. พูดข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่น เช่น “ฉันจะฆ่าแก” | | |
| พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง : | | |
| 5. ชีตข่วนตนเอง ทูบตีตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย | | |
| 6..... | | |
| 7..... | | |
| 8..... | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ : | | |
| 13. ปิดประตูเสียงดัง ฉีกเสื้อผ้า ทำข้าวของกระจาย | | |
| 14. ขว้างปาสิ่งของ เตะเฟอร์นิเจอร์ ทูบกำแพง | | |
| 15. ทำสิ่งของแตกกระจาย เช่น ทูบกระจก | | |
| 16. จุดไฟเผาสิ่งของ หรือขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ก้อนหิน | | |

การทดสอบการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ
Yudofsky et al.(1986)

โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ Kuder Richardson (KR-20)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left(\frac{1 - \sum pq}{s^2} \right)$$

- r_{tt} คือค่าความสอดคล้องภายใน
 n คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
 p คืออัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
 q คืออัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
 s^2 คือความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว = .81

| | | |
|---|--|--|
| A | | |
|---|--|--|

ส่วนที่ 3 แบบวัดการแสดงความโกรธ

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ ซึ่งทุกคนจะมีความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจได้เป็นครั้งคราวและจะแสดงออกมาแตกต่างกัน ประโยคข้างล่างนี้เป็นประโยคที่ใช้บรรยายปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อรู้สึกโกรธ ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำถามที่ตรงกับตัวท่านตามลำดับความมาก น้อยเพื่อบอกให้ทราบว่า โดยปกติแล้วท่านมีปฏิกิริยาหรือแสดงออกในรูปแบบที่ประโยคด้านล่างบรรยายไว้บ่อยเพียงใดเมื่อท่านรู้สึกโกรธ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง “ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

| เมื่อรู้สึกโกรธ.... | เกือบจะ ไม่มีเลย | มี บ้าง | บ่อยครั้ง | เกือบ เสมอๆ หรือ เป็น ประจำ |
|--|---------------------|------------|-----------|---|
| 1.ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันได้ | | | | |
| 2.ฉันแสดงความรู้สึกโกรธออกมา | | | | |
| 3.ฉันมีความอดกลั้นต่อคนอื่น | | | | |
| 4.ฉันทำหน้าที่ไม่พอใจหรือไม่พูดไม่จา | | | | |
| 5.ฉันไม่ติดต่อพบปะกับผู้คน | | | | |
| 6..... | | | | |
| 7..... | | | | |
| 8..... | | | | |
| | | | | |
| 20.ฉันรู้สึกหงุดหงิดจนเสียมากกว่าที่คนอื่นรู้ | | | | |
| 21.ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ | | | | |
| 22.ฉันควบคุมความรู้สึกโกรธเอาไว้ | | | | |
| 23.ฉันจ้องมองคนที่ทำให้โกรธอย่างไม่พอใจ | | | | |
| 24.ฉันเก็บความโกรธนั้นไว้ในใจไม่ให้คนที่ฉันโกรธรู้ | | | | |

การทดสอบการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดการแสดงความโกรธของ
Spiellberger (1996)

โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient

ตารางที่.....การทดสอบการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดการแสดงความโกรธ

Reliability ส่วนที่ 3 แบบวัดการแสดงความโกรธ

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 30 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 30 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables
in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|---------------------|------------|
| 0.833 | 24 |

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและคู่มือผู้ป่วยจิตเภท

คู่มือพยาบาล การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท
คู่มือผู้ป่วยจิตเภท การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท



คู่มือสำหรับ

ผู้ป่วยจิตเภท

การจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิด

ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท



โดย : นายหญิงศักดิ์ ฝางแก้ว

อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร. เข็มณภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Analysis of Covariance (ANCOVA)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Analysis of Covariance (ANCOVA)

| | Value Label | N |
|--------|-------------|----|
| Type 1 | กลุ่มทดลอง | 20 |
| 2 | กลุ่มควบคุม | 20 |

Dependent Variable: คะแนน Behavior_Post

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--------------------|-------------------------|----|-------------|----------|------|
| Corrected Model | 2382.429 ^a | 2 | 1191.215 | 565.275 | .000 |
| Intercept | .507 | 1 | .507 | .241 | .627 |
| Pre_คะแนน Behavior | 10.829 | 1 | 10.829 | 5.139 | .029 |
| Type | 2226.914 | 1 | 2226.914 | 1056.753 | .000 |
| Error | 77.971 | 37 | 2.107 | | |
| Total | 5846.000 | 40 | | | |
| Corrected Total | 2460.400 | 39 | | | |

a. R Squared = .968 (Adjusted R Squared = .967)

Dependent Variable:คะแนน Behavior_Post

| Type | Mean | Std. Error | 95% Confidence Interval | |
|-------------|---------------------|------------|-------------------------|-------------|
| | | | Lower Bound | Upper Bound |
| กลุ่มทดลอง | 1.324 ^a | .334 | .648 | 2.000 |
| กลุ่มควบคุม | 17.076 ^a | .334 | 16.400 | 17.752 |

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Pre_คะแนนBehavior = 16.70.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายพยุงศักดิ์ ฝางแก้ว เกิดเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2524 ที่อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2547 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชชายวิถุต ภูเก็ต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

