

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสารวารสาร บทความและงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องขอเสนอตามลำดับดังนี้

- 1 โรคจิตเภท
  - 1.1 สาเหตุ
  - 1.2 อาการแสดง
  - 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 2 แนวคิดเกี่ยวกับความโกรธ
  - 2.1 ความหมายของความโกรธ
  - 2.2 สาเหตุของความโกรธ
  - 2.3 ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความโกรธ
  - 2.4 ประสพการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธ
  - 2.5 สาเหตุและการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท
- 3 แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมความโกรธ
  - 3.1 กลุ่มแนวคิดจิตวิทยาวิเคราะห์
  - 3.2 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมบัญญัตินิยม
  - 3.3 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม
  - 3.4 แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco
  - 3.5 แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท
- 4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาความโกรธ
  - 4.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธไม่เหมาะสมในแผนผู้ป่วยนอก
  - 4.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธไม่เหมาะสมในชุมชน
- 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 6 กรอบแนวคิด

## 1 โรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบบากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด บุคคลที่ป่วยจะมีลักษณะแตกแยกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีอาการพื้นฐานที่สำคัญคือ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน (ศิริยุพา นันสุนานนท์, 2544) ความผิดปกติแบบจิตเภทมีลักษณะพิเศษทั่วไปคือ มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้และอารมณ์ไม่เหมาะสมเฉยเมย โดยสภาพความรู้ตัวและเชาวน์ปัญญามักจะยังปกติอยู่ (WHO, 1992) ถึงแม้การสูญเสียการรับรู้และการเรียนรู้จะค่อยๆปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป เป็นปรากฏการณ์ทางพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด รวมถึงความคิด กังวล ความคิดถูกสอดใส่ หรือความคิดถูกขัดขวาง ความคิดกระจัดกระจาย ความหลงผิดในการรับรู้ และความหลงผิดว่าถูกควบคุมจากผู้มีอิทธิพลเหนือกว่าหรือถูกขัดขวาง หูแว่วได้ยินคนอื่น นินทา ความคิดผิดปกติและอาการถดถอย การดำเนินโรคอาจเป็นต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นพักๆ แล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทถ้ามีอาการแค่ร่ามๆ หรือคลุ้มคลั่งอย่างมาก ยกเว้นทราบอาการชัดเจนมาก่อน และไม่วินิจฉัยถ้ามีโรคสมองชัดเจน ระยะพิษจากยาหรือหยุดยาเฉียบพลัน

### 1.1 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

1.1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น The Disease of Familial เป็นโรคที่สืบทอดในครอบครัวเดียวกัน แต่ไม่ใช่โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมทั้งหมด (Terrey, 2001 cited in Linda and Nancy ,2005) แต่เกี่ยวข้องกับ Brain disorder ปัจจุบันการศึกษาเพื่อหาพื้นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจนเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายๆแห่งรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.1.1.1 ระบบสารเคมีในสมอง จากสมมติฐานโดปามีน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก Dopaminergic hyperactivity สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตในกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonist) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

1.1.1.2. กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมองเช่นมี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน of cortical gray matter แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น Neurodevelopmental disorder

1.1.1.3. ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการทางด้านลบ และอาการทางด้าน

cognitive มีความสัมพันธ์กับ frontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกันอาจมองว่าเป็นโรคของ disturbed neural connectivity (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2548) ความบกพร่องทางด้าน Cognitive Thinking จะมีลักษณะ 4 ชนิดคือ 1) Attention 2) Executive function (Abstract thinking and problem solving) 3) Awareness of illness( Insight) 4) Short- term memory (Linda & Nancy,2005)

1.1.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและจิตสังคม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Psychoanalytic Theories เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการขาดมารดา หรือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในระยะ Oral stage มีผู้สันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากการที่บุคคลมีการทำงานของ Ego ในช่วงต้นๆ ของชีวิตบกพร่องทำให้ทารกรู้สึกเป็นศัตรูกับมารดา มีความก้าวร้าวสูงในจิตใต้สำนึก ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกเสียไป

1.1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผู้ตั้งสมมติฐานไว้ 2 แนวทางคือ มีความเครียดในครอบครัวสูง สภาพความยากจน สภาพสังคมที่บีบคั้นและมีความเครียด อาจทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น ซึ่งการศึกษาในระยะหลังๆ สนับสนุนสมมติฐานที่สองมากกว่า (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2542)

## 1.2 อาการแสดง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ( American Psychiatric Association,2000)

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลับแก่ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดในโทรทัศน์ วิหุยุ เป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตน (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) ส่วนอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยในโรคจิตเภท จะเป็นหูแว่ว โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน เช่น เสียงคนคุยกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่นในด้านความรู้สึกความต้องการในสิ่งต่างๆ ได้แก่ พูดน้อย (Alogia) เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก (Affective flattening) หน้าตาเฉยเมยมาก ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล

แบ่งอาการตามระยะของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมี

อาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้องละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือ การแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้าน ปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยามีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ มีพฤติกรรมแปลกๆ ออกกระแวนิดๆ ระยะนี้ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

2) ระยะเวลาการ กำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วย มีอาการส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก และอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วย เผชิญกับความกดดันทางจิตใจ อาการทางจิตจะปรากฏชัดเช่น อาการหลงผิด หูแว่วหวาดระแวง บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โดยเฉพาะหากถูกห้ามหรือขัดใจ

3) ระยะเวลาการ หลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มแรกอาการอาจพบ Flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า ระยะนี้พบอาการซึมเศร้าร่วมด้วยถึง 25 % อาการผู้ป่วยอาจมีอาการ กำเริบได้เป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี ส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันจิตใจ อาการก่อนกำเริบได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไปแยกตัวเองวิตกกังวลหงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

#### ลักษณะอาการผิดปกติมีดังนี้

1) อาการหลงผิด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็น ความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมักมีหลายรูปแบบเช่น

- หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้าย หรือไม่ประสงค์ดีกับตน เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งอาจเป็นคนเดียวหรือเป็นกระบวนการ
- หลงผิดคิดว่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเรื่องของตน เรื่องในโทรทัศน์ก็รู้สึกเกี่ยวข้องกับตน
- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า เป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด ที่พบบ่อยในคนไทย คือ ผู้ป่วยมักบอกว่าสามารถติดต่อทางกระแสดิจิตได้
- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น ซึ่งเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจบางอย่างมาบังคับ

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือการมีการรับรู้ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นทั้งทาง รูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกันหรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลาจะเบาหรือดังหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังประสาทหลอนที่พบรองลงมาคือ ภาพหลอนอาจเห็นคนใกล้ขีดเห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่หรือสัตว์

3) อาการด้านความคิดมักมีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันทีโดย อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรือเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย อาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นมากๆ การวางคำในประโยคจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป (Lack of insight) เขาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นเรื่องจริง อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

4) อาการด้านพฤติกรรมอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน บางราย เก็บตัวมากขึ้นอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำ ผมเผ้ารุงรัง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปเดินมาทำท่าแปลกๆ บางครั้งจู่ๆ ก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะอึกกริมทั้งวัน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากถูกห้ามหรือขัดใจ

5) อาการทางอารมณ์ อาจพบมีลักษณะเฉยเมยไร้อารมณ์บางคนหัวเราะคิกคักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อย โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

#### การดำเนินโรค

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มอาการตอนวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นซ้ำๆ ไม่สามารถรู้แน่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกินอายุ 40 ปี ซึ่งการดำเนินโรคแบ่งเป็น 5 แบบ คือ 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก 2) หายขาดโดยกลับเป็นอีก 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ พอจะเข้าสังคมได้ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี 5) มีการเสื่อมของบุคคลิกภาพ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536)

### 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

มานิช หล่อตระกูล และ ภาพันธ์ เจริญสุวรรณ (2548) กล่าวถึง การรักษาโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1.3.1 การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจของการรักษานอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT)

1.3.3 การรักษาด้านจิตใจเป็นการมุ่งช่วยเหลือแก้ไขปัญหาโดยเน้นที่ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง การรักษาหลายรูปแบบด้วย เช่น จิตบำบัด Crisis intervention ,

group therapy, counseling เป็นต้นส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอาศัยการสนทนา และสัมพันธภาพระหว่าง ผู้บำบัด กับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ความทุกข์ทรมานในใจลดลง

1.3.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วย กับสังคมรอบข้าง เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาทุกด้านโดยเน้นที่ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ใช้วิธีของจิตบำบัดแบบระดับประคอง ตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่เขาทนไม่ได้ การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดกล่าวโทษตนเอง หรือบางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง เป็นการเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย กลุ่มบำบัด (Group therapy) การจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมให้รู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจกันเช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) เป็นการบำบัดผู้ป่วยพร้อมกันหลายคน มีการให้การช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาแก่กัน มีการรับทราบปัญหา ตลอดจนการแก้ไขปัญหาของบุคคลอื่นๆ มีการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่แต่ละคนมีต่อ กลุ่มผู้ป่วยอาจมีตั้งแต่ 4-15 คน ส่วนใหญ่จะประมาณ 8 -10 คน ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 90 นาทีทำ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาไม่แน่นอน นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา

การรักษาในระยะต่างๆ มีดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น ปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่นมีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง หรือเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยไม่ยอมกินยา

2) ระยะควบคุมอาการ (Acute Phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกยาที่ใช้ได้แก่ Haloperidol หากผู้ป่วยวุ่นวายมาก อาจให้ Benzodiazepine

3) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ ควรให้ขนาดเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

4) ระยะเวลาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ต้องให้ยาต่อเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ที่ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการดีขึ้นแล้วจะพิจารณาหยุดยาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปีหรือ ตลอดชีวิต

#### 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเวชเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการ การพยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติงานแบ่ง 3 ลักษณะคือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องให้การบำบัดตามคำสั่งทางการแพทย์ 2) การปฏิบัติงานกึ่งอิสระคือปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระคือ การพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้การรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

สรินทร เชี่ยวไฉรร (2545) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการกระทำกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ การให้ความรู้ การให้สุศึกษา

1.4.1. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลไชโยเป็นลักษณะ ของการพยาบาลผู้ป่วยนอกและการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งใช้หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) และ อำไพพรรณ พุ่มสวัสดิ์ (2541) กล่าวไว้ดังนี้

1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมสภาพความเป็นอยู่ ผลกระทบจากอาการทางจิต เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดปัญหาที่ซับซ้อน นอกจากนี้ยังต้อง ประสานงานและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและ สภาพชีวิตของผู้ป่วย

2) ด้านบริหารจัดการ โดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมปรึกษาและประเมินระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพประสานงานกับบุคคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3) ด้านการให้ความรู้ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเช่น การรักษาต่างๆทางจิตเวช การดูแลสุขภาพร่างกาย การจัดการกับปัญหาส่วนตัวและการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต

4) ด้านการเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตสำหรับครอบครัว

5) ด้านการวิจัย พยาบาลจะต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับปรุงการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องมีการทำวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6) บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งเป็นรายบุคคล และเป็นรายกลุ่มบุคคล ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดต่างๆ พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัวสนับสนุนให้กำลังใจ

#### สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน

จากการศึกษาของ พันธุนภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนการดำรงชีวิตต้องประสบกับปัญหา คือ จะถูกคนทั่วไปหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจ ก้าวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และต้องประสบกับปัญหาในเรื่องของการหาที่พัก การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน

ทิวาพร พูเพื่อง(2544) ศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.7 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

เพลินพิศ จันทรศักดิ์และคณะ (2539) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีปัญหาขณะที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในชุมชน คือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับครอบครัว ไม่ทำงานและไม่ทำกิจวัตรประจำวัน และมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ไม่มีเพื่อน มีนิสัยในทางสังคมไม่ถูกต้อง (Davis,1974 อ้างใน ดารา ศตวรรษและคณะ ,2539)

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนพบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท คือการที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัว ให้เข้ากับญาติและมีปัญหาด้านการแสดงอารมณ์ต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดวงตา อุทุมพฤษพรหม (2536) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวที่ก่อให้เกิดความกดดันและความเครียด ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท



#### 1.4.2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีดังนี้

- 1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต้องให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งแก้ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย
- 3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจะต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) กล่าวว่า การพยาบาลในชุมชนควรเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปรับตัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ถือว่าญาติและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจาก สถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรงและดีที่สุด บทบาทของพยาบาลคือการส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วยจึงมีระบบส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่น หรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านที่สุดจะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนก็ควรส่งไปให้ผู้ชำนาญเฉพาะสาขา ซึ่งพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และให้ข้อมูลแก่แพทย์ การส่งต่อจะเป็นทั้งจากระดับล่างสู่ระดับบน หรือระดับบนมาสู่ระดับล่าง

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) กล่าวว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยด้านสังคม มีดังนี้

- 1) พฤติกรรมรบกวนความสงบผู้อื่น ได้แก่ ความโกรธ กลัว ตกใจ ตื่นตระหนก ข้อเสนอแนะวิธีแก้ไข คือ ต้องเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย ไม่ควรโกรธหรือกลัวผู้ป่วย ควรมีท่าทางสุ่มเยือกเย็น เมตตา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นมีที่พึ่ง ไม่ควรจู้จี้หรือยั่วอารมณ์ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยโกรธ ให้ผู้ป่วยพยายามฝึกควบคุมอารมณ์ที่ละเล็กทีละน้อย อย่างต่อเนื่องเท่าที่จะทำได้ สังเกตทำความเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วย ป้องกันสิ่งกระตุ้นอารมณ์ที่เป็นปัญหา

2) พฤติกรรมมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย เชื่อในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ พยายามไม่ได้แย้งกับความคิดเห็นของผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทีลบลมคมในชุมชนนิเทศ ให้พูดอย่างเปิดเผยมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้อื่น ก็ต้องไม่ตื่นตระหนกต่อการกระทำของผู้ป่วยจนเกินไป ระวังสิ่งของที่จะเป็นเครื่องมือทำร้ายผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดอันตรายจากการกระทำของผู้ป่วย

3) พฤติกรรมก้าวร้าวข่มขู่ส่งเสียงรบกวน ข้อเสนอแนะวิธีแก้ไข คือไม่ควรแสดงความก้าวร้าวต่อผู้ป่วย พยายามพูดแก้ปัญหิต่างๆ ด้วยเหตุผลและใจเย็น ไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อผู้ป่วยแสดงวาทะทางไม่เหมาะสม พูดคุยกับผู้ป่วยในท่าทางที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ไม่ควรดูด่านิเทศ

4) แยกตัวเองไม่สังคมกับใครวิธีแก้ไข พยายามสบตาทักทายและพูดคุยกับผู้ป่วย สอนการพูดคุยให้เหมาะสมกับการเวลาสถานที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น รู้จักสังเกตกิริยาท่าทางของผู้อื่น และการพูดแสดงความรู้สึกโกรธ ความไม่สบายใจของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ

5) ให้โอกาสในการอยู่ร่วมกับคนอื่นมากๆ ให้รู้จักเกรงใจ รู้จักฟังความคิดเห็นผู้อื่น ยอมรับผู้ป่วยและปรับปรุงการแสดงออกด้วยอารมณ์ที่เหมาะสม ด้วยคำพูด ท่าทางที่นุ่มนวล รวมทั้งเสริมแรงด้วยคำชม รอยยิ้ม การสัมผัส ให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชน

6) ให้โอกาสผู้ป่วยในการต้อนรับ สนทนากับแขกที่มาเยี่ยมเยียน ไม่แสดงอาการดูถูกเหยียดหยาม อคติ หรือรังเกียจการแสดงออกของผู้ป่วย ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงบทบาทหน้าที่ตามสังคม ร่วมรับผิดชอบกิจกรรมในครอบครัวทุกประเภท

ด้านการประกอบอาชีพ ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) กล่าวว่าควรมีดังนี้

1) แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกงานที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความสนใจของผู้ป่วย ความถนัด ความสามารถในการเรียนรู้งานที่จะทำ ความอดทนในการทำงานเป็นเวลานานๆชอบทำงานอิสระคนเดียวหรือชอบทำงานร่วมกับผู้อื่น

2) จัดให้ผู้ป่วยทำงานในสิ่งที่เขาสามารถทำได้ ให้ปฏิบัติภารกิจภายในบ้านด้วยตนเอง

3) แนะนำญาติไม่ให้คาดหวังสิ่งใดจากผู้ป่วยมากนัก เพราะผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกนึกคิด การกระทำเปลี่ยนแปลงจากคนปกติ จนไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นคนทั่วไปได้

Kay (1988) อ้างใน กาญจนาศัยเจริญ (2547) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) คือ วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับ วิธีการเผชิญความเครียดจากการดูแล เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยไม่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะ ที่สร้างความกดดันและความขุ่นเคืองใจกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้น

ให้ผู้ป่วยมีความโกรธและแสดงพฤติกรรมรุนแรง การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูงได้แก่ มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงเช่น มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง แสดงถึงความไม่เป็นมิตรดูต่ำแสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปสอดคล้องกับการศึกษาของ เพทรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่ผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยแก่ญาติ และเรียนรู้การยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมทำลายที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ที่ควรจะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการแสดงความโกรธที่เหมาะสม ต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่ายทั้งผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความโกรธ

ความโกรธเป็นความรู้สึก เป็นอารมณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากกระทบ เมื่อคนรู้สึกโกรธ จะสูญเสียความชัดเจน ในการคิดพิจารณาไปชั่วขณะ เป็นเพราะบุคคลรู้สึกภายในว่าตนเองกำลังอ่อนแอถูกคุกคาม รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จึงแสดงให้ผู้อื่นรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถทำให้คนรู้สึก อ่อนแอโดดเดี่ยว ความโกรธผลักดันให้คนห่างไกลกัน อย่างไรก็ตามความโกรธไม่ใช่สิ่งเลวร้าย สามารถเกิดขึ้นได้แต่การแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสมไม่ควรเกิด บุคคลควรเลือกที่จะแสดง ความโกรธออกมาในทางสร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของสังคมได้

### 2.1 ความหมายของความโกรธ (Anger or anger expression)

ความหมายของความโกรธหรือการแสดงความโกรธ ในลักษณะของปฏิกิริยาทางอารมณ์

Novaco (1994) ความโกรธเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้น ความโกรธจะเกี่ยวข้องกับสรีระวิทยาและความคิด เป็นสภาวะภายในที่มีระดับแตกต่างกันไปของ ปฏิกิริยาระหว่างองค์ประกอบทางสรีระวิทยา อารมณ์ ความคิด การเคลื่อนไหวและคำพูด

Kassinove and Sukhodosky (1995) ความโกรธ เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบที่แสดงออกให้ปรากฏ หรืออยู่ภายในที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพร่อง ของการรับรู้ และคิด เฉพาะอย่างเช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม

Coleman and Claros (1983) ความโกรธ คือ ลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์ของมนุษย์ เช่น ความโกรธเป็นตอบสนองอย่างปกติต่อความคับข้องใจ ความไม่เป็นมิตร ความเกลียด เป็นอารมณ์ของมนุษย์ที่แสดงออกมาได้ 3 ทาง คือ อย่างสงบ อย่างเหมาะสม อย่างก้าวร้าว

Spielberger et al., (1999) ให้ความหมายของความโกรธไว้ว่า สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในตัวของคุณคนอันเกิดจากความคิด ที่มีต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น อันทำให้บุคคลแสดงออกต่ออารมณ์โกรธนั้นแตกต่างกันไป ซึ่งการแสดงออกในบางรูปแบบ เช่น การเก็บไว้ภายในหรือแสดงออกภายนอกนั้นจะส่งผลต่อบุคคล แต่ถ้ามีการควบคุมจะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้ความโกรธอยู่ในระดับที่เหมาะสม

Berkowitz, 1993 กล่าวว่า ความโกรธเป็นความพร้อมทางสภาวะอารมณ์ที่จะแสดงความก้าวร้าว ความก้าวร้าวเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์หรือความโกรธ ซึ่งเป็นผลมาจากความคับข้องใจแต่จะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีสิ่งเร้า

Rawlin and Heacock (1993) ความโกรธ หมายถึง ความรู้สึกไม่พอใจ ชื่นเคืองใจ โมหะ อย่างที่สุด เมื่อมีความคับข้องใจหรือรู้สึกไม่เป็นมิตร ซึ่งจะแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์โดยตรงกับผู้อื่นหรือต่อตนเอง เป็นปฏิกิริยาที่เปลี่ยนไปอย่างช้าๆ ค่อยๆ เริ่มจากการแสดง ความรำคาญน้อยๆ จนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเดือดดาล

Hillard and Zitek (2004) ความโกรธมีความหมายใกล้เคียงกับ Affective aggression หมายถึง ผลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มากกระตุ้นหรือคุกคาม เป็นรูปแบบการกระทำของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถูกเร้าโดย คำพูด การกระทำที่เป็นการโจมตีหรือคุกคาม จะแสดงพฤติกรรมได้แก่ ขบกรามแน่นจนนูน (Pacing) นั่งบนขอบเก้าอี้จับที่พนักแขนไว้แน่นหรือกำมือแน่น ปิดประตูดังโครม กระแทกหรือชกผนังห้อง การเดินกระแทกสั้นเท้า

ทัศนัย วงศ์สุวรรณ(2542) ให้ความหมายความโกรธว่า เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบ ที่แสดงออกให้ปรากฏหรืออยู่ภายใน ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเบบ ความบกพร่องของการรับรู้และความคิดเฉพาะอย่าง เช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม เป็นสภาวะอารมณ์ที่ให้ความรู้สึกแตกต่างกันไปในความรุนแรง มีความเข้มของประสบการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธที่เกิดขึ้น แสดงออกมาได้ 3 ทางคือ การแสดงออกภายนอก การเก็บความโกรธภายในและการควบคุมความโกรธ

สิรินภา จาติเสถียร(2547) ให้ความหมายว่าความโกรธ หมายถึง ความรู้สึกของภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เมื่อได้รับการกระตุ้น และถูกคุกคามความปลอดภัย ทำให้เกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย การที่คนแสดงความโกรธอย่างไร ในสถานการณ์ ขึ้นอยู่

กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ค่านิยม และ ความเชื่อ แต่ละบุคคลที่เรียนรู้จากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สังคมวัฒนธรรมที่รับมา

อัคร ศุภเศรษฐ์ (2546) ความโกรธ หมายถึง อารมณ์แห่งไฟ มีอำนาจเผาไหม้ทั้งผู้โกรธ และผู้ถูกโกรธ เป็นอารมณ์ที่ทำให้เกิดความน้อยใจ แต่มีโทษและมีอันตรายมากหากควบคุมความโกรธไม่ได้ หรือสลายความโกรธไม่เป็น ก็จะสะสมไว้มากๆ ก็จะกลายเป็นความเกลียดได้

สรุปได้ว่า ความโกรธ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้า ที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่พอใจ ถูกกดดัน ถูกคุกคามให้อยู่ในภาวะอันตราย หรือความรู้สึกที่ถูกข่มเร้าไม่มีทางออก เป็นการแสดงพลังอำนาจเพื่อปกป้องตนเอง และปิดบังซ่อนเร้นความอ่อนแอ

## 2.2 สาเหตุของความโกรธ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ

2.2.1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ระบบการรับความรู้สึกทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งเร้าเป็นปัจจัยที่รวมพันธุกรรมและอารมณ์ จากการศึกษาสามารถชี้ได้ว่า สมอสมองลิมบิก (Limbic system) ควบคุมความก้าวร้าวต่อมไฮโปธาลามัสและ อมิกดาลา (Amygdala) อาจเพิ่มหรือลดความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว (Rawlins and Heacock, 1993) การเกิดโรคเนื้องอกในสมอง โรคอัลไซเมอร์ โรคลมชัก การบาดเจ็บของสมองทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ร่างกายมีความตึงเครียดและความวิตกกังวล ความหิว ความหนาวหรือร้อนที่มีมากเกินไป

2.2.2. ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ เช่น การถูกปฏิเสธ การถูกลบหลู่ การถูกข่มขู่ การถูกด่าว่า ประณาม ความไม่ยุติธรรมในการทำงาน การผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวัง ไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ที่คุกคามความรู้สึก และภาพลักษณ์ของตนเองได้ ประสบการณ์ความโกรธในอดีต ถ้าเคยทำให้โกรธก็จะเกิดความโกรธได้ (Kassinove and Eckhardt, 1995) การช้ำหรือการดื่มสุรา ซึ่งมีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ การดื่มสุรายังทำให้เกิดความรู้สึกโกรธมากขึ้นและขาดการระงับพฤติกรรมในทางก้าวร้าว

2.2.3. ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม เชื่อว่าความโกรธโดยธรรมชาติเกิดจากกระบวนการของการเรียนรู้ เป็นพลังงานที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่ (Bandura, 1973) เชื่อว่าความโกรธโดยธรรมชาติ เกิดจากกระบวนการของการเรียนรู้ เป็นสัญญาณที่บอก ว่า คนต้องการเรียนรู้บางอย่างเมื่อไม่ได้รับมากเพียงพอ ความโกรธก็จะแสดงออกมา ความโกรธก็คือพลังงานที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่นั้นเอง ความโกรธที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ จะ

เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ซึ่งการแสดงความโกรธ เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือรู้สึกถูกคุกคาม

**ขั้นตอนการเกิดความโกรธและความก้าวร้าว** (Kassinove and Eckhardt,1995)

ขั้นที่ 1 เหตุการณ์ที่มากกระตุ้นนั้นถูกรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ในทางลบ

ขั้นที่2 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ถูกรับรู้ ในรูปแบบของพฤติกรรมที่เคยใช้

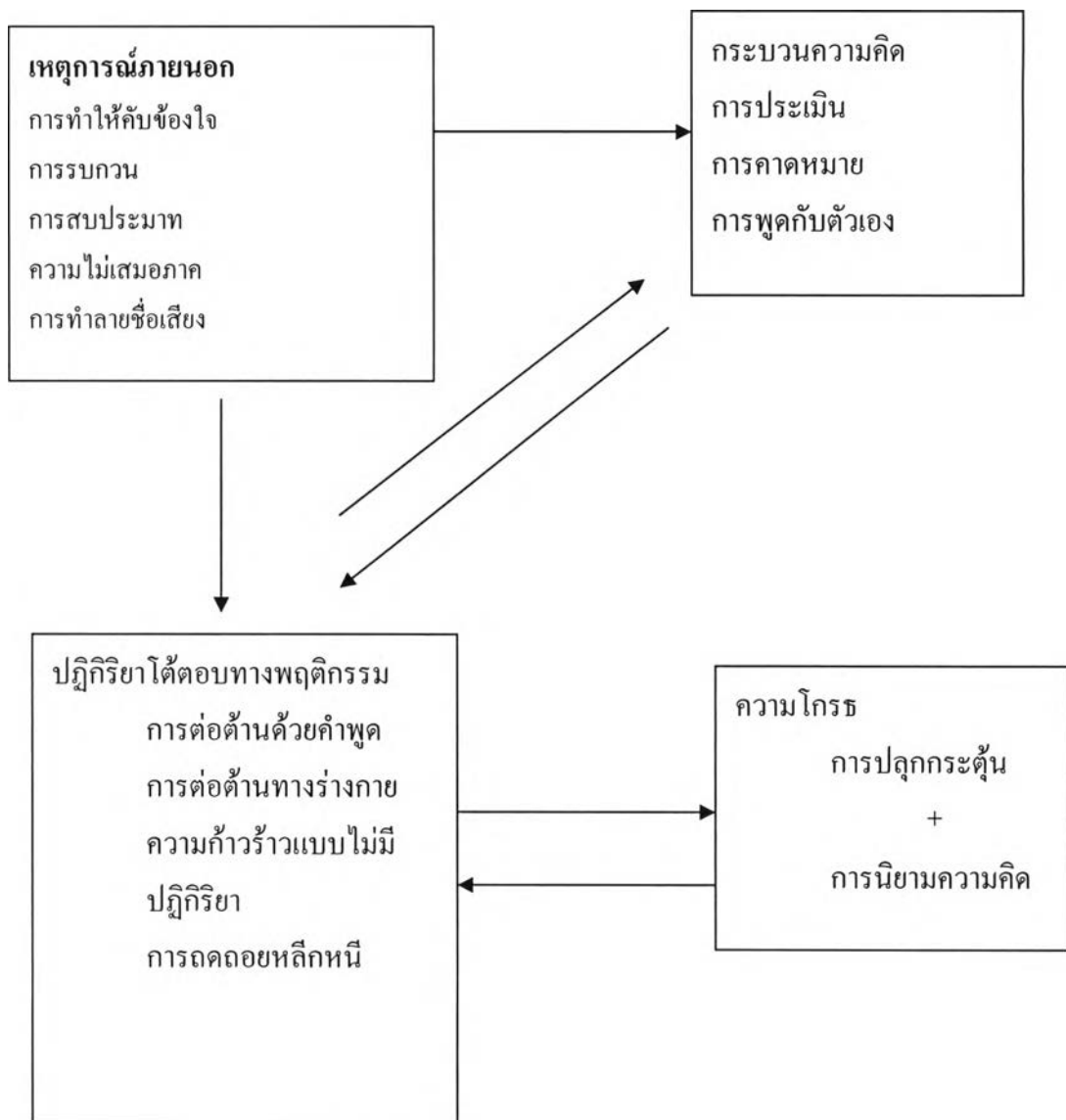
มาแล้วในสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้น การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) การตอบสนองในทางบวก ไม่มีความโกรธ ไม่มีความก้าวร้าว
- 2) การตอบสนองในทางลบ เป็นการตอบสนองในลักษณะรุนแรง ต่อ

สถานการณ์

เมื่อความโกรธเกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางความคิด ภาพในใจ การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ถ้าความโกรธ ที่เกิดขึ้นนั้นมีการควบคุม โดยการยอมรับสถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะการแสดงออกในระดับที่เหมาะสม เช่น รำคาญหรือหงุดหงิดเพียงเล็กน้อย ถ้าความโกรธนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว แต่บุคคลเก็บไว้ภายในเป็นเวลานาน จะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางร่างกายต่างๆได้ และเมื่อบุคคลเกิดความโกรธ แล้วแสดงความก้าวร้าวทางอารมณ์ ทำทาง โใบหน้า และคำพูด พร้อมกับพฤติกรรมทางร่างกาย เช่น การผลักไล่ ผลที่เกิดตามมา อาจจะไปสู่ความผิดปกติทางพฤติกรรม อาชญากรรม เป็นต้น

### ปัจจัยกระตุ้นความโกรธ ตามรูปแบบของ Novaco (1975)



รูปแบบของความโกรธ Novaco (1975) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อม ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม กระบวนการประเมินนี้ซึ่งถึงความสำคัญ ว่าเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมเองไม่ได้เป็นสิ่งกระตุ้นความโกรธ มันจะผ่านการกลั่นกรองทางความคิดของผู้รับ หลังจากนั้นกลุ่มของความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ จะถูกเรียกออกมาแสดงอย่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน Novaco เน้นว่าเป็นเรื่องธรรมดา เป็นการปรับตัวตอบสนองต่อเหตุการณ์ ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน ให้มีวิธีการจัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสม แต่ถ้าไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม หรือไม่ได้รับการควบคุม ทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรม เกิดความก้าวร้าวขึ้นได้

สาเหตุที่ทำให้เกิดความโกรธ จากความคิด เช่นการผิดหวัง หรือไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ สิ่ง ที่คาดหวัง หรือในสิ่งที่ต้องการให้เป็น ไม่สามารถทนได้ในเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ความ วิตกกังวล เช่นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม ต่อภาพลักษณ์ของตนเอง การคาดหวังให้ผู้อื่นทำ ในสิ่งที่คาดว่าจะทำ การถูกย่ำยีจากบุคคลอื่น เช่น ถูกด่าว่า ประณาม

สาเหตุที่ทำให้เกิดความโกรธจากร่างกาย เช่น ภาวะวุ่นวาย ดึงเครียด ทำให้ความ สามารถในการแก้ไขปัญหา ตามขั้นตอนแย่งลง

### 2.3 ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความโกรธ

การตอบสนองของร่างกายต่อความโกรธ ประกอบด้วย มีการเพิ่มของอดีนาลีน หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย มีความตึงของกล้ามเนื้อ หน้าแดง กำมือ แน่น มีความเย็นร้อนหรือชาในสวนต่างๆของร่างกาย อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเกิดขึ้นทั้งหมด เหล่านี้คือสัญญาณหรือปฏิกริยาทางธรรมชาติ ที่บ่งชี้ว่าบางอย่างกำลัง คุกคามหรือผิดพลาด (Tarvis,1989) ความโกรธปกป้องคนโดยเตือนเมื่อพวกเขาารู้สึกว่าความ ปลอดภัยถูกคุกคาม สามารถเกี่ยวโยงไปถึงอารมณ์อื่น เช่น กลัว เจ็บ ละอายใจ อับอาย เศร้า อิจฉา พ่ายแพ้ โดดเดี่ยว ถึงแม้ว่าความโกรธจะเป็นความรู้สึกทางธรรมชาติ ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจ แต่การแสดงความโกรธออกมาในทางที่ไม่เหมาะสม มันจะย้อนมารบกวนอารมณ์ เช่น เกิดความรู้สึกมั่งร้าย ความขุ่นเคืองใจ ขมขื่น และเกลียดชัง

### 2.4 ประสบการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธ (The Experience and Expression of Anger)

#### 2.4.1. ประสบการณ์ความโกรธ (The Experience of Anger)

Spielberger et al. (1994) กล่าวถึง ความโกรธในเชิงของกรวัดว่าเป็นสภาวะทาง อารมณ์โดยอารมณ์หรือเงื่อนไขทางชีววิทยาและจิตวิทยาของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิกริยาภายในร่างกายบุคลิกภาพและประสบการณ์เดิมจะมีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ นอกเหนือจากตัวสิ่งเร้า เพียงอย่างเดียวเนื่องจากบุคลิกภาพและประสบการณ์เดิม ทำให้บุคคลมีแนวโน้มในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกัน ในลักษณะที่แตกต่างกัน (Lazarus, Deese and Osler,1952 cited in Spielberger et al.,1994) Spielberger ได้ให้นิยามเชิงปฏิบัติการนิยามเพื่อจะ ได้ง่ายต่อการวัดโดยพิจารณาประสบการณ์ความโกรธ ของบุคคลที่เกิดขึ้น (Spielberger et al., 1995:55 ; Spielberger, C.D. and Sydeman, S.J. , 1994:302) กล่าวถึงประสบการณ์ความ โกรธในลักษณะกว้างๆ คือ ความโกรธแบบสภาวะ และความโกรธแบบลักษณะ ดังนี้



- ความโกรธแบบสภาวะ( State Anger) เป็นสภาวะทางอารมณ์โกรธ และความรู้สึกที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นภายใน หรือภายนอก จากสถานการณ์ สภาวะแวดล้อม เช่น การสบประมาท การดูถูกเหยียดหยาม ความไม่ยุติธรรมหรือความคับข้องใจ หรือเกิดจากความคิด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีววิทยาและจิตวิทยา มีความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจเมื่อมีความโกรธ ที่สอดคล้องกับการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งมีหลายระดับ จากความหงุดหงิดเพียงเล็กน้อยหรือรำคาญ จนถึงโกรธอย่างรุนแรงและบ้าคลั่ง ความโกรธแบบสภาวะจะเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์

- ความโกรธแบบลักษณะ(Trait Anger) เป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล ที่มีการรับรู้ความโกรธแตกต่างกัน โกรธบ่อยเพียงใดในช่วงของเวลา เช่น บุคลิกภาพเป็นคนที่โกรธง่ายโกรธยาก บุคคลที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับสูง จะมีการรับรู้สถานการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์โกรธคับข้องใจ มากกว่าคนที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับต่ำ บุคคลที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับสูง จะมีการเกิดความโกรธแบบสภาวะที่มากกว่า และรุนแรงกว่า เมื่อเกิดความรำคาญหรือความคับข้องใจ คนที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับสูง ไม่ได้หมายความว่า เป็นบุคคลที่มีความโกรธตลอดเวลา และรู้สึกรุนแรงในช่วงเวลาที่นานกว่า (Eckhardt, Dffenbacher, 1995)

#### 2.4.2 การแสดงความโกรธ ( The expression of anger )

Spielberger et al., (1985) กล่าวว่า การแสดงความโกรธเป็นการแสดงออกของอารมณ์ ตามสัญชาตญาณของมนุษย์ ซึ่งวิธีการแสดงออกความโกรธ ตามธรรมชาติอย่างหนึ่งก็คือการตอบสนองด้วยความก้าวร้าวเป็นการปรับตัวต่อภาวะคุกคาม เป็นการกระตุ้นในการแสดงอำนาจ เพื่อต่อสู้หรือเพื่อป้องกันตัวเมื่อถูกรุกราน สามารถแสดงออกมาได้ 3 ทางได้แก่

1) ความโกรธภายนอก (Anger out ) มี 2 ลักษณะคือการแสดงความก้าวร้าวออกมาทั้งวาจาและพฤติกรรมกับบุคคลและทรัพย์สิน ได้แก่ การตะโกน เตะ ถีบ ทำร้าย ทูบทำลาย และการแสดงความโกรธออกมาโดยการแสดงข้อคิดเห็น ( Assertive) เป็นการแสดงความรู้สึกด้วยเหตุผลไม่ใช่การแสดงความก้าวร้าว ซึ่งเป็นการแสดงความโกรธที่ดีที่สุด

2) ความโกรธภายใน (Anger in ) หรือการเก็บกดความโกรธ ( Suppress Anger ) หรือการแสดงความโกรธที่พุ่งเข้าสู่ตัวเอง ( Direct Anger inward ) สามารถเรียกได้ว่าการเก็บความโกรธไว้ภายใน (Anger in ) โดยการหยุดคิดเกี่ยวกับความโกรธ และพยายามมองในแง่บวกเป็นการเก็บกดความโกรธ เอาไว้ในความคิดและความทรงจำ ทั้งที่ยังมีความรู้สึกโกรธอยู่ มักจะพบในการแสดงความโกรธของผู้หญิง ความโกรธที่ถูกกดเอาไว้จะหันมาที่ตัวเองมีผลต่ออารมณ์พฤติกรรม เกิดความก้าวร้าวแบบไม่แสดงออกโดยตรง มีผลทำให้เกิดโรคทางกาย

เช่นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจตามมา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความผิดปกติทางสุขภาพจิต เกิดภาวะซึมเศร้าได้เพราะไม่เคยแสดงความรู้สึกโกรธต่อผู้อื่นโดยตรง ( Jong,2000; Spielberg et al., 1999 ) การเก็บกดความโกรธไว้ภายใน โดยที่ยังมีตัวกระตุ้นความโกรธอยู่เป็นเวลานาน เช่น ยังมีเหตุการณ์ที่ทำให้มีความรู้สึกอึดอัดอย่างแรง การถูกลบหลูให้อับอายหรือความรู้สึกสิ้นหวังจะเป็นการสะสมความโกรธความตึงเครียดให้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะย้อนกลับเข้ามาทำให้ระเบิดความโกรธและความเดือดดาลออกมา ( Tsytsarev and Grodnitsky,1995) การสะสมความโกรธยังเป็นผลทำให้ความตระหนักในตนเองลดลง ทำให้การควบคุมสติไม่ให้ออกพฤติกรรมที่เกินเหตุลดลง เนื่องจากการยับยั้งจะกลายเป็นการคิดซ้ำๆเกี่ยวกับจินตนาการ ถึงความรุนแรงยังมีการเก็บกดความโกรธ หรือพยายามการปรับแก้ความคิดอารมณ์ทางลบ และการจัดการให้เหมาะสมจะยิ่งทำให้มีความขัดแย้งในใจมากขึ้น เพราะเป็นความพยายามที่จะขัดขวางกระบวนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารตามปกติได้ (Pennebaker and Susman ,1988)

3) การควบคุมความโกรธ (Anger Control, Claming ) เป็นการสร้างความสงบตั้งแต่ภายในคือการพยายามที่ควบคุมหรือป้องกันการแสดงความโกรธ ด้วยพฤติกรรมไม่เหมาะสมไม่ได้เพียงแต่การควบคุมภายนอกเท่านั้น แต่ยังควบคุมการตอบสนองภายในตัวเองด้วยโดยใช้ขั้นตอนที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยลง สงบตัวเองและปล่อยความรู้สึกรุนแรงให้บรรเทาลง

Eckhardt and Dffenbacher(1995) ได้กล่าวถึง ลักษณะการแสดงความโกรธไว้ว่าเมื่อบุคคลโกรธจะแสดงออกมาต่างกันทั้งในช่วงของเวลา และต่อสถานการณ์เดียวกันบางคนแสดงออกมาในทางลบ ( การแสดงความโกรธภายนอก) บุคคลเหล่านี้อาจจะโจมตีทางคำพูดและทางร่างกายต่อผู้อื่น ต่อสิ่งของต่อตนเอง บางครั้งพฤติกรรมจะไม่ค่อยเปิดเผย แต่ยังคงแสดงออกภายนอกทางลบเช่น ชุนเคือง ไม่พูดจาหรือกล่าววาจาเสียดสี บางคนมีแนวโน้มที่จะระงับยับยั้งหรือเก็บกดความโกรธไว้(การแสดงความโกรธออกภายใน) บุคคลเหล่านี้อาจแสดงความโกรธออกมาภายนอกเพียงเล็กน้อย แต่จะมีความบั่นป่วนและความเครียดอยู่ภายในเขาอาจ รับรู้ความโกรธเพียงเล็กน้อย บุคคลเหล่านี้อาจจะถอนตัวออกมาอย่างไม่เหมาะสม หรืออาจจะใช้การป้องกันตนเอง เช่นการปฏิเสธ แต่บางคนเมื่อมีความโกรธจะใช้ทักษะการจัดการอย่างสงบ และบรรเทาความโกรธโดยลดการกระตุ้น และจัดการด้วยความอดทนอย่างสงบมากกว่า (การควบคุมความโกรธ) บางคนจะใช้วิธีการที่เหมาะสมอื่นๆ เช่น การออกจากสถานการณ์ ( Time Out) การจัดการกับข้อจำกัด และใช้ทักษะในการเจรจาตกลง มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

Megargee (1996) กล่าวถึงการแสดงความโกรธในลักษณะของการเก็บกดเกินเหตุหรือควบคุมการแสดงออกมากเกินเหตุ(Over- control) ว่าจะก่อให้เกิดปัญหาการระเบิดอารมณ์อย่างรุนแรงภายหลังเขาสร้าง Megargee 's Over - control Model สร้างขึ้นบนแนวคิดของ

พรอยด์ที่เชื่อว่าผลกระทบของการห้าม จะพยายามเรียกร้องพลังขับเคลื่อนของความรู้สึกโกรธที่เก็บเอาไว้ จนกระทั่งเกิดแรงดันที่มากกว่าเหนือกว่า ความสามารถที่บุคคลจะต่อต้านได้ออกมา Megargee (1996) ได้ศึกษาความรุนแรงของความโกรธและความรุนแรงที่เป็นลักษณะ “ Under control ” หรือ “ Over – control ” และสรุปรายงานว่า ผลที่ตามมาของความโกรธและกลไกในกระบวนการคิดในการยับยั้งจะเกิดมากขึ้นในผู้ที่มีความโกรธในระดับต่ำ และเกิดความโกรธที่รุนแรงตามมาภายหลังได้ Blackburn,1997; Tice and Baumeister (1993) นำแนวคิดของ Megargee (1996) ไปศึกษาต่อได้แบ่งความโกรธตามบุคลิกภาพเป็น 2 ชนิด คือ บุคลิกภาพแบบควบคุมความก้าวร้าวต่ำ(Under control Aggressive) มีลักษณะสำคัญคือ 1) ขาดการไตร่ตรองและยังคิดจะมีการแสดงความโกรธบ่อย 2) บุคลิกภาพแบบ ควบคุมอารมณ์มากเกินไปเหตุอย่างเรื้อรัง (Chronically Over – control) มีลักษณะสำคัญคือ มีการยับยั้งความคิดและควบคุมอารมณ์โกรธมากเกินไป จะไม่ค่อยมีประสบการณ์การแสดงความโกรธบ่อยเพราะมีการควบคุมตนเองโดยจะมีการยินยอมต่อความต้องการของผู้อื่นมากเกินไป อย่างชัดเจนและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจะไปสร้างตัวกระตุ้นความโกรธภายในให้ถึงจุดสูงสุด แล้วจะนำมาด้วยพฤติกรรมที่รุนแรงอย่างสุดขีด นอกจากนี้ Blackburn, 1997 ยังมีแนวความคิดว่าพวก Over – control คือ ผู้ที่มีการยับยั้งความโกรธที่มากเกินไปส่งผลให้การควบคุมตนเองตามปกติเสียไป มีการควบคุมหรือปฏิกิริยาควบคุมภายในสูงซึ่งเป็นการควบคุมที่ผิดปกติทำให้มีการแสดงความโกรธในระดับต่ำ เขาแบ่ง Over– control ออกเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดที่สอดคล้อง “Conforming Type” จะมีลักษณะปฏิเสธความโกรธที่ตนเองมี และพยายามอธิบายว่าเป็นเหมือนความวิตกกังวลซึ่งจะเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ และชนิดที่ยับยั้ง “ Inhibit Type” จะมีประสบการณ์ความโกรธที่รุนแรงหรือแข็งกร้าว แต่มีความยากลำบากมากที่จะแสดงความโกรธ จึงหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และมีรายงานว่าบุคคลเหล่านี้จะมีความซึมเศร้า และมองภาพลักษณะเกี่ยวกับตัวเองไม่ดี

สรุป ความโกรธหรือ การแสดงความโกรธ(Anger expression) ประกอบด้วย 1) ความโกรธภายนอก (Anger out) มี 2 ลักษณะคือ การแสดงออกอย่างก้าวร้าว( Aggression) และการแสดงออก ด้วยเหตุผลข้อคิดเห็น (Assertive) 2) ความโกรธภายใน (Anger in) 3) การควบคุมความโกรธ (Anger Control ) เป็นการควบคุมภายในจิตใจให้สงบ ก่อนที่จะแสดงความโกรธภายนอก และเก็บกดไว้ภายใน

การศึกษาความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาให้เห็นซึ่งเป็นที่สามารถวัดได้ชัดเจนมากกว่าการวัดประสบการณ์ความโกรธ โดยเฉพาะความโกรธแบบลักษณะ(Trait Anger) นั้นแสดงถึงอุปนิสัยเดิมของบุคคลปกติ สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตอาการทางจิตที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอาจไม่ได้มาจากอุปนิสัยเดิม แต่อาจเกิดจากปัจจัย

ภายในเช่น อาการหลงผิดหวาดระแวง ฉะนั้นในผู้ป่วยจิตเภทจึงควรศึกษาเฉพาะการแสดงออก ความโกรธ ซึ่งเป็นข้อมูลจริงของผู้ป่วยในปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ดังนั้นเพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษา ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเฉพาะการแสดง ความโกรธเท่านั้น

## 2.5 สาเหตุและการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.5.1. สาเหตุของของความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

1) ปัจจัยทางชีวภาพสาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุที่สำคัญ จากพยาธิสภาพของโรคทาง Biopsychology มีความผิดปกติของระบบสารเคมีในสมองคือ มี Dopaminergic hyperactivity และพบว่าการทำงานของ Serotonine ลดลงทำให้มีความผิดปกติ ในกระบวนการคิดและมีความบกพร่องในการรับรู้ มีการหลงผิดประสาทหลอน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่ว่าจะมีหลักฐานหรือเหตุผล มาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมักมีหลาย รูปแบบเช่น หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้าย หรือไม่ประสงค์ดีกับตนเชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง หลงผิดคิดว่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็ เชื่อว่าเรื่องของตน หรือถูกนินทาว่าร้าย หลงผิดเนื่องจากอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงด่าว่า เสียง ต่ำหนิ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นความคิดภายในทำให้เกิดความโกรธ ด้านสภาวะทางจิตมีความคิด สับสน ความแปรปรวนของอารมณ์ของผู้ป่วยเกิดจากการต่อต้านภายใน ทำให้ถูกกระตุ้นและเกิด ความกดดันได้ง่าย ผู้ป่วยมีการพลุ่งพล่านและระเบิดอารมณ์โกรธง่าย สืบเนื่องมาจากการขาด การแปลความเจตนาของผู้อื่น พุดถึงตัวเองในด้านลบ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา และ ล้มเหลวในการพิจารณาถึงการกระทำของตนเอง พร่องในการรับรู้ความเป็นจริง ( Paivio, 1999) ผู้ป่วยที่ได้แสดงความโกรธออกมาจะทำให้มีความรู้สึกผ่อนคลายชั่วคราว และจะตามมาด้วยความรู้สึกผิดหวัง ขายหน้า อับอายและซึมเศร้า

2) ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ กำเริบบ่อย มักจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ( High expression-emotion ;High EE) ได้แก่ มีการ ต่ำหนิวิพากษ์วิจารณ์(criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป ( emotional over involvement) หรือสภาวะแวดล้อมที่มีผลกระตุ้นอารมณ์โกรธได้แก่ ผู้ป่วยจิต เภทมักถูกคนในสังคมล้อเลียนต่างๆนาๆ ถูกมองในแง่ลบ ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากคนในสังคม ถูกเอาเปรียบ ได้รับการดูถูกเหยียดหยามถูกประณามว่าเป็นคนบ้าบอ ถูกรังเกียจได้รับการ ปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรม ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถจำกัด ในการจัดการกับ

ความเครียด ความวิตกกังวล และทนต่อความคับข้องใจได้น้อย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธแบบสภาวะ ได้แก่ การกักขัง การแสดงท่าทางหงุดหงิดรำคาญ การแสดงสีหน้าเบื่อน่าเบื่อ ญาติหรือผู้ดูแลแสดงท่าทางเฉยเมย ไม่พูดด้วย เบื่อหน่าย การดูต่ำ การพูดประชดประชัน กระแทกสิ่งของปึงปึง การดูถูกเหยียดหยาม

3) ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม ป่วยจิตเภทที่เกิดจากครอบครัวที่มีความเครียดสูง หรือจากเกิดจากสภาพสังคมที่บีบคั้น มักมีการเรียนรู้การแสดงออกทางสังคมและการแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะทางสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การมองตนเองและมองผู้อื่นแคบ การเรียนรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาและการปรับตัวจึงมีจำกัดทำให้มีความด้อยในการควบคุมอารมณ์ จึงแสดงความโกรธออกมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Chan,2003 ; Jong,2000 and Paivio, 1999) ผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวมักจะมี ความจำกัดในการมองตนเอง มักมองตนเองและมองผู้อื่นแคบ อีกส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตแสดงอารมณ์ที่ก้าวร้าวรุนแรงอย่างไร เมื่อเกิดความกดดัน ผู้ป่วยมักจะแสดงออกอารมณ์ตามที่ตนเองเคยมีประสบการณ์เพื่อลดความกดดันของตน

#### 2.5.2. การแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการควบคุมความโกรธ และมีการควบคุมความโกรธไม่ดี (Chan, et al.,2003; Jong,2000 and Paivio,1999) จึงมักแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งปรากฏออกมาในทางทำลายทรัพย์สิน ทำลายข้าวของหรือทำร้ายบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่รุนแรง และเป็นอันตรายมากที่สุด และการแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า( Loukissa,1995) อ้างใน พะยอม อยู่สวัสดิ์(2537) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ยังมีความโน้มเอียงที่จะมีความโกรธ และถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีแนวโน้ม ที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้นได้อีก (Kay et al.,1992) มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนที่มีอาการรุนแรง จะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมแปลกประหลาดน่ากลัว และคุกคามบุคคลในชุมชนได้ (Anders ,2000) อ้างใน สุมณฑา บุญชัย (2545) ผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะที่มีภาวะหวาดระแวง มีอาการหลงผิดหูแว่วและประสาทหลอนโดยเฉพาะในช่วงแรกๆของการเจ็บป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซึ่งจะพบในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล (Hillard and Zitek ,2004 ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Novaco(1994) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะเกิดความก้าวร้าว และพฤติกรรมรุนแรงในสังคมได้สูง

### 3 แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมความโกรธ

3.1 **กลุ่มแนวคิดจิตวิทยาวิเคราะห์ (Psychodynamic Approach)** เชื่อว่าความโกรธและความก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ (Chess and Hassibi, 1978) แรงขับที่สำคัญที่สุดคือแรงขับทางเพศ (Berkowitz, 1997) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งสำคัญในแนวคิดนี้คือความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุม เพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Glueck, 1940 cite in Eisenman, 1992) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความก้าวร้าวในลักษณะอาการที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้ การแก้ปัญหาของความก้าวร้าวนี้จึงกระทำโดยส่งเสริมให้แสดงออกมาในทางที่สังคมยอมรับ ในลักษณะทดแทน

3.2 **กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavioral Approach)** มองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ซึ่งแต่ละคนจะมีปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการตีความรับรู้สิ่งเหล่านั้นต่างกันไป ปฏิกริยาความคิดที่คลาดเคลื่อน (cognitive error) จะทำให้การใช้เหตุผลผิดไป เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา ความคิดในแง่ลบ ที่พบบ่อยๆ ได้แก่ เวลาเกิดเหตุการณ์ไม่ดี ก็คิดว่าต่อไปจะเกิดเหตุการณ์ไม่ดีขึ้นอีก (overgeneralization) คิดโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุของเรื่องร้าย (personalization) มองโลกเป็นสองขั้วคือไม่ดีก็เลย (black and white thinking) มองแต่ปัญหาเล็กๆ ทำให้เรื่องทั้งเรื่องแย่ไปหมด (catastrophising) สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นมักมีคุณค่าน้อย (disqualifying the positive) มีความคิดตายตัวว่าตนเองหรือผู้อื่นต้องประพฤติตัวอย่างไร (should and must) ด่วนสรุปจากเหตุการณ์เดียว (jumping to conclusions) ความโกรธเป็นอารมณ์ชนิดหนึ่งซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น (Ben Weinstien and Tapanya, 2005) โดยนักปรับพฤติกรรมทางปัญญา ได้อธิบายความเชื่อดังนี้

- 1) กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม
- 2) กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
- 3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

ผู้ที่พัฒนาแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมได้แก่ Ellis(1962), Beck(1976) ,Meichenbaum (1977) เป็นแนวการบำบัดที่ได้รับการวิจัยมากที่สุด

#### 3.2.1 หลักการและเทคนิคพื้นฐาน ( Weinstien and Tapanya, 2005)

- 1) ความสัมพันธ์ในการรักษา (Therapeutic Relationship) จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่มั่นคง ระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด
- 2) ความร่วมมือกัน (Collaboration) การร่วมมือกันและการมีส่วนร่วม

อย่างเต็มที่ถือเป็นเรื่องสำคัญ ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด บทบาทของผู้บำบัดเป็นเหมือนกับครูฝึก (โค้ช) คือช่วยให้คนเข้าใจเหตุผลที่มาของการใช้เทคนิคแต่ละอย่าง ช่วยให้คนเรียนรู้เทคนิค ช่วยให้คนฝึกใช้เทคนิคเหล่านั้น

3) การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy ) มีลักษณะเป็นการให้การศึกษาเป็นการสอนให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดตนเอง เรียนรู้ที่จะมีความสัมพันธ์ที่ประสบความสำเร็จ

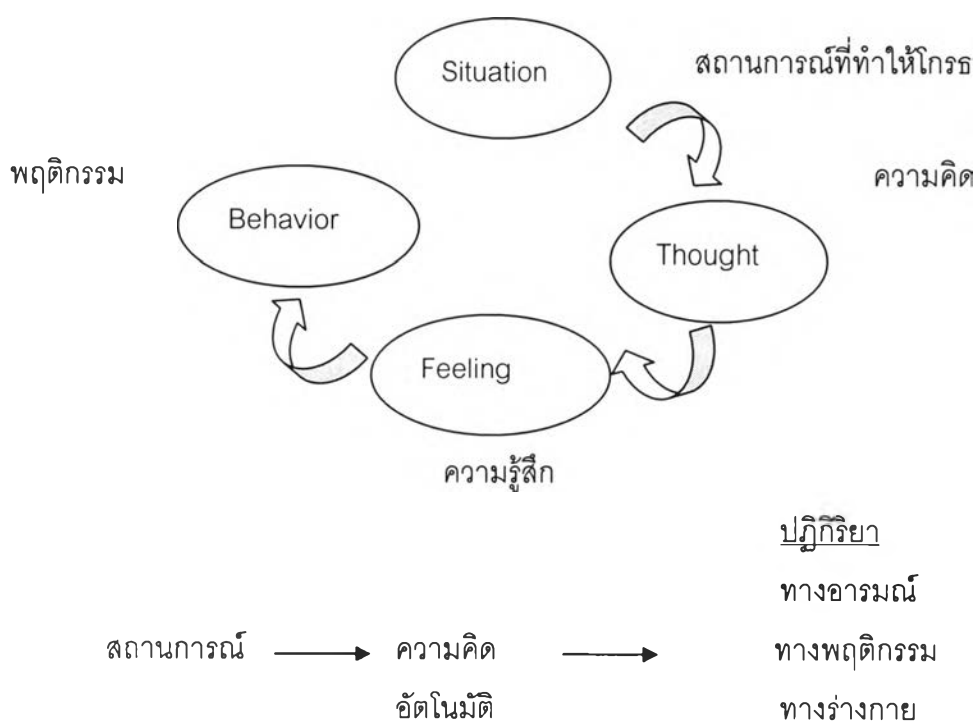
4) มุ่งไปที่เป้าหมาย ( Focus on Goal ) ผู้ป่วยและผู้บำบัดทำงานร่วมกันเพื่อกำหนดเป้าหมายและการแก้ปัญหา โดยผู้ป่วยเป็นผู้ชี้ให้เห็น

5) การพบกันเพื่อบำบัดแต่ละครั้งต้องมีโครงสร้าง (CBT sessions have structure) การพบกันแต่ละครั้งมีโครงสร้างเฉพาะที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

6) การปรับพฤติกรรมทางปัญญา มุ่งเน้นที่การคิด ( CBT focuses on cognition) เกี่ยวข้องกับการคิดและพฤติกรรม สอนให้ผู้ป่วยสังเกตแยกแยะ ประเมินและโต้ตอบความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีแบบต่างกันตามความผิดปกติ

### Cognitive Behavioral Model

(Weinstein and Tapanya, 2005)



### 3.2.2 กระบวนการบำบัดแบบ Cognitive Behavior therapy

- 1) ใช้การเกิดอารมณ์ที่ไม่ดีเป็นจุดเริ่มต้น มองย้อนกลับไปว่ามีความคิดอัตโนมัติในแง่ลบอะไรบ้าง ที่ผุดขึ้นมา (identify negative automatic thought)
- 2) ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในแง่ลบ ว่าเป็นจริงหรือไม่มีทางเป็นอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ โดยใช้เทคนิคการเขียนความคิดที่เป็นไปได้ลงบนกระดาษ ถ้ามีความเชื่อความรู้สึกที่ไม่ดีก็จะหายไป
- 4) ตรวจสอบข้อสรุปในแง่ลบ ว่าอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก หรือกฎความเชื่อประจำใจบางอย่าง ซึ่งมักเป็นความคิดที่ไม่ยืดหยุ่นไม่ดีก็แล้ว ไม่เก่งก็ล้มเหลว ให้ผู้ป่วยลองหาความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น (challenging dysfunction assumption)
- 5) ถึงแม้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเลวร้ายเพียงใด ทุกปัญหามีทางออกมากกว่าหนึ่งทางเสมอ แต่อาจมีข้อดีข้อเสียต่างกันไปในแต่ละทาง (problem solving)
- 6) ใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดมาร่วมด้วย เช่นการจัดตารางกิจกรรม หรือให้การบ้านไปทำโดยทำจากง่าย ๆ แล้วเพิ่มให้ยากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อผู้ป่วยทำได้มากขึ้นก็จะเพิ่มความรู้สึกดีต่อตนเองไปด้วย

Meichenbaum (1977) ได้พัฒนาเทคนิคการฝึกการสอนตนเอง (Self – Instruction Training) เป็นงานวิจัยที่อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ แบบการกระทำเป็นทฤษฎีพื้นฐาน โดยฝึกผู้ป่วยจิตเภทพูดตามที่เขาให้พูด พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเหล่านั้นดีขึ้น จึงพัฒนาเทคนิคโดยให้คนพูดภายในใจของตนเอง การเตือนตนเอง (Self – Monitoring) เนื่องจากพฤติกรรมจำนวนมากที่ไม่สามารถสังเกตและบันทึกโดยบุคคลอื่นได้ จึงให้ผู้กระทำพฤติกรรมเป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง เรียกว่าการเตือนตนเอง ข้อดีคือทำให้เกิดความตระหนักของผลกระทบ การฝึกปฏิบัติจนเกิดความเคยชินแล้ว สามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง อาจนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ตนเองกำลังสังเกตและบันทึก ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

Meichenbaum (1977) อธิบายว่า กระบวนการทางปัญญาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- 1) กระบวนการทางปัญญาในความหมายของ "สิ่งที่เกิดขึ้นในการรู้คิด" (Cognitive event) ซึ่งเป็นลักษณะของการรู้คิดและมีภาพในใจ โดยความรู้สึกตัวของบุคคล และสามารถดึงออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ Ellis(1962) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้เป็นเพราะคิดไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไร หรือใครทำอะไรกับเรา หากขึ้นอยู่กับความคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา



มากกว่า Beck(1976) ใช้คำว่า การคิดแบบอัตโนมัติ Meichenbaum (1977) อธิบายว่า การพูดในใจเป็นตัวกลางประสานระหว่างความมีเหตุผล ความคาดหวังและความคิด ดังนั้นการคิดแบบอัตโนมัติจึงรวมถึงภาพในใจ คำ สัญลักษณ์ต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกต่างๆของบุคคล เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ตัดสินใจ หรือเมื่อมีความคาดหวัง

2) กระบวนการทางปัญญา ในลักษณะกระบวนการของการรู้คิด (Cognitive process) ที่จะจัดการกับข้อมูลที่เข้ามาสู่บุคคล เลือกว่าจะให้ความสนใจ ในเรื่องใด เวลาใด และเลือกวิธีประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอใจโดยกระบวนการต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

3) กระบวนการทางปัญญาในลักษณะของโครงสร้าง (Cognitive structure) โครงสร้างของการคิดประกอบด้วย บุคลิกลักษณะนิสัยส่วนตัวของแต่ละบุคคล การตระหนักในสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่แฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ และเป้าหมายของแต่ละบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินสถานการณ์ต่างๆ

3.3 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach) เชื่อว่าปัญหาการแสดงพฤติกรรมความโกรธ เป็นการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนได้ โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่โดยใช้พฤติกรรมบำบัด(Behavior therapy) มีหลักการคือพฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดจากการคงอยู่ของการเรียนรู้ที่ผิด การเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ Kalish ,1981;Yates(1975); Fischer ; Gochros (1975) and Ross (2000) อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต(2543) ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมว่า เป็นการนำเอาหลักแห่งพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นวิธีการแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมที่ดำเนินการง่ายและมีประสิทธิภาพ ความจริงมนุษย์มีปัญหาที่มีความคิดมีความรู้สึก ปัจจัยภายในเหล่านี้มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล มากกว่าปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายนอกเป็นเพียงตัวเชื้อ ให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าที่จะเป็นปัจจัยหลักBandura (1973) มีความเชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก นอกจากจะเสียเวลาแล้ว ยังมีโอกาสเกิดอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆกันซึ่งได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ 2) เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น 3) ยับยั้งการเกิดของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผลจากการนำไปใช้พบว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพมาก ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเรา

การยับยั้งการระงับ (Disinhibition) คือการเสนอสิ่งเร้าใหม่ในระหว่าง กระบวนการเรียนรู้การวางเงื่อนไขตอบสนอง การฝึกการกล้าแสดงออก (Assertive Training) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่พัฒนา ขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้อย่างเหมาะสม เมื่อถูกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า (Salter,1994 อ้างใน สมโภชน์ เขียมสุภาสิต,2543) เชื่อว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตและบุคคลที่มีปัญหาในการแสดงออกทุกคน ควรได้รับการฝึกในด้านต่างๆดังนี้ 1) ฝึกการพูดแสดงความรู้สึก 2) ฝึกการแสดงออกทางสีหน้าให้เป็นไปตามลักษณะของอารมณ์ 3 ) ฝึกการแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับความคิดเห็นของผู้อื่นในกรณีที่ไม่เห็นด้วย 4) ฝึกที่จะใช้คำว่า ผม/ ดิฉัน 5) ฝึกที่จะแสดงการเห็นด้วยเมื่อได้รับคำชม 6) ฝึกการแสดงออกทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วผสมผสานกันไปแต่ก็มีจุดอ่อนถ้าไม่ได้แยกแยะสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหา แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับมากในหมู่นักปรับพฤติกรรมและนักจิตวิทยาในปัจจุบัน เป็นการแสดงออกเพื่อให้เป็นที่ยอมรับโดยไม่แสดงความก้าวร้าวออกมา Serber and Nelson (1971) อ้างใน สมโภชน์ เขียมสุภาสิต(2543) ได้ฝึกการกล้าแสดงออกกับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 14 คนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยฝึกการพูดเมื่อมีความรู้สึกไม่พอใจ กล้าที่จะบอกผู้อื่นถึงความรู้สึกของตนเอง พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

Mahoney (1974) อ้างใน สมโภชน์ เขียมสุภาสิต (2543) กล่าวว่า เทคนิคการปรับพฤติกรรม ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ได้แก่ การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ต้องอาศัยกระบวนการภายในของบุคคลซึ่งได้แก่ การจินตนาการ โดยอาศัยแนวคิดที่ว่า ตัวแปรภายในบุคคล มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

Ellis(1962)ได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่าการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์(Rational Emotive Therapy) โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมปรับตัวไม่ได้ของคนนั้น เป็นเพราะการคิดอย่างไม่มีเหตุผลไม่ใช่เป็นเพราะใครทำอะไรกับเรา แต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดกับเรามากกว่าถ้าสามารถทดแทนความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ด้วยความเชื่อที่มีเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมของคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลง การบำบัดคือ การเปลี่ยนแปลงความคิด จากไม่มีเหตุผลเป็นให้มีเหตุผล Beck (1976) กล่าวว่าปัญหาทางด้านจิตเกิดขึ้นเพราะ บุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผลหรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล

#### 3.4 แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco

Novaco (1985) ได้ประยุกต์เทคนิคการสอนตนเองของ Meichenbaum (1977 ) มาใช้ในการจัดการกับความโกรธ โดยพัฒนารูปแบบการควบคุมความโกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

3.4.1 **ขั้นเตรียมความคิด** (Cognitive preparation) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognition) ปฏิกริยาทางกาย (Physiological response) และลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นให้เกิด และผลทางบวกและลบของความโกรธนั้นในระยะนี้แต่ละบุคคลจะถูกสนับสนุน ให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเองให้พยายามแยกแยะ และจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นทำให้โกรธ และลักษณะการตอบสนองของความโกรธที่ผ่านมา สนับสนุนให้บุคคลทราบถึง รูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด ทำทหายด้วยความคิดที่มีเหตุผล และสมมติฐานที่แต่ละบุคคลสร้าง เช่นการแปลการกระทำของผู้อื่นโดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรม เพื่อให้คิดระวังและหยุดยั้งปฏิกริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ ตัวอย่าง เช่นบุคคลอาจจำได้ว่าการเข้าเหย้า ล้อเลียนด้วยบุคคลอื่นเป็นการนำสู่การกระตุ้นทางกาย ซึ่งจะนำสู่การระเบิดของพฤติกรรมรุนแรง บุคคลก็จะพยายามหยุดยั้งปฏิกริยาทางนั้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก

3.4.2. **ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ** (Skill acquisition) ฝึกให้เรียนรู้ทักษะการจัดการกับความโกรธต่อการตอบสนองสถานการณ์ที่มากระตุ้น การผ่อนคลายทักษะทางสังคมและการแก้ปัญหาโดยเน้นการฝึกสอนตนเอง ในระยะนี้จะให้บุคคลได้เรียนรู้ทักษะใหม่ซึ่งจะทำให้พวกเขาสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยวิธีที่ได้ผลมากกว่าในรูปแบบการฝึกทักษะในการคิดและพฤติกรรม ซึ่งทักษะการนึกคิดจะมีอำนาจเหนือความทำทหายโดยอัตโนมัติ โดยกระบวนการความคิดที่เป็นเหตุผลเป็นไปได้ โดยการฝึกซ้อมอย่างดี เช่น ให้พูดคำว่า "หยุด" เมื่อรูปแบบความคิดสามัญปรากฏออกมา การพูดกับตัวเองเช่น "ฉันสามารถจัดการสถานการณ์นี้ในวิธีการที่ได้ผล มากกว่าที่จะตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมเหมือนอย่างที่เคยผ่านมา" สอนทักษะพฤติกรรมต่างๆประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคมการสื่อสาร และการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายมีส่วนช่วย 2 วัตถุประสงค์คือ 1) สอนให้บุคคลได้ผ่อนคลายซึ่งจะทำให้ความตึงเครียดน้อยลง 2) สอนให้บุคคลได้สามารถควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ และการฝึกพูดแสดงความรู้สึก(Assertive) ทำให้บุคคลบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรง เป็นการพูดเพื่อทำให้บุคคลบรรลุความต้องการได้อย่างสงบได้ผลโดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องตามสมควร

3.4.3. **การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น** (Application training) โดยฝึกการจินตนาการ (Imagery) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role-Play) และการมอบหมายให้ทำเป็น การบ้าน จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง ในระยะสุดท้ายนี้ ผู้เรียนจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะของพวกเขาในการควบคุมด้วยอารมณ์ของตนเอง โดยใช้บทบาทสมมุติ นำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มด้วยจากสถานการณ์ที่เป็น

ปัญหาเล็กน้อยและค่อยๆทำต่อในจากสถานการณ์ที่ยากขึ้น ด้วยการฝึกหัดตั้งแต่ต้นจนจบโดยจะได้รับการสนับสนุนควบคุมจากผู้สอน จนผู้ช่วยสามารถที่จะควบคุมได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุม ไปสู่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การให้สถานการณ์เพื่อให้ผู้ช่วยฝึกคิดก่อนว่า เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นแล้วจะทำอย่างไรจากนั้นจึงฝึกให้กระทำโดยใช้เทคนิคการสอน การใช้ตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปราย การให้ข้อมูลป้อนกลับ การฝึกทำซ้ำๆ และการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ช่วยการใช้เทคนิคเหล่านี้ จะเป็นการฝึกให้ผู้ช่วยมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยการสังเกตและฝึกกระทำเช่น เมื่อมีความโกรธควรจะควบคุมความโกรธอย่างไร และจะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรู้ว่าเราโกรธอย่างไร เกิดการเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Novaco (1994) ได้จัดทำโปรแกรมควบคุมความโกรธ โดยมีหลักสำคัญของการจัดการความโกรธคือ (a) เปลี่ยนความโกรธไปในทางที่สร้างสรรค์เท่าที่จะทำได้ (b) ถ้าไม่สามารถจัดการความโกรธในทางสร้างสรรค์ก็ควรรหาทางระบาย โดยการออกกำลังกายการหัวเราะ หรือใช้เทคนิคการทำให้สงบ (Thomas, 2001 cited in Valentine, 2001) ผู้ที่มีนิสัยเก็บกดความโกรธ จนเป็นความเคียด จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการแสดงความโกรธที่เหมาะสม การพูดเพื่อแสดงความรู้สึกหรือยืนยันความต้องการของตนเอง มีงานวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่าการพูดให้ผู้อื่นรับฟังตรงๆได้ เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นมีประโยชน์ (Ausbrooks, Thomas and wilams, 1995; Droppelman and Wilt, 1993; Thomas and Donnellan, 1993 cited in Valentine, 2001) พบว่าคนที่ควบคุมความโกรธได้จะมีความดันโลหิตต่ำกว่าคนทั่วไป ความโกรธมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความซึมเศร้าการมีความโกรธแล้วเก็บซ่อนปิดบังไว้ ทำให้เกิดความเครียดและความซึมเศร้าในระดับต่างๆได้ พบว่าความโกรธมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกมีคุณค่าการมองโลกในแง่ดีกล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อมีความโกรธทำให้มีการทบทวนเหตุการณ์ และมีการวางแผนแก้ปัญหาทักษะในการจัดการกับความคับข้องใจ การหลีกเลี่ยงและการประนีประนอม (Valentine, 2001 and Thomas, 1998) และควรทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ

### 3.5 แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมความโกรธในผู้ช่วยจิตเภท

จากแนวคิดพฤติกรรมบัญญัติานิยมที่ว่า การเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรมภายในย่อมต้องส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นรูปแบบในการฝึกผู้ช่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความโกรธ จึงควรฝึกให้ผู้ช่วยมีทักษะทางปัญญาในการควบคุมความโกรธและสามารถนำไปใช้เมื่อเกิดปัญหา หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธความก้าวร้าวได้ พบว่าส่วนใหญ่ใช้แนวคิดกลุ่มพฤติกรรมบัญญัติานิยม ในผู้ที่มีปัญหาเรื่องความ

โกรธกันมาก Miller and Berman (1983) อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ (2543) ได้ทำการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis ถึงประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมทางปัญญา พบว่าการปรับพฤติกรรมทางปัญญาหรือแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมให้ผลดีกว่ามีข้อมูลหลักฐานว่า Cognitive Behavioral Therapy เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความคิดที่บิดเบือนที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (Deffenbacher, 1992) และการทำกลุ่มเล็กๆ สามารถลดความโกรธได้ดีอย่างมีนัยสำคัญ (Thoreson, Luskin and Harris, 1998 cited in Novaco, 1994) วิธีการที่ใช้ในการจัดโปรแกรมในการลดความโกรธ และเพิ่มการควบคุมความโกรธนั้น Eron แนะนำว่าวิธีการในแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา หรือแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมจะช่วยให้ประสบความสำเร็จได้ (Eron 1995 cited in Kassino ve and Eckhardt, 1995) มีการศึกษาพบว่าการใช้วิธีในแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา สามารถลดอาการทางจิตและความโกรธในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตได้ และวิธีการจัดการความโกรธตามแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมก็คือ การควบคุมความโกรธโดยการสงบจิตใจ การผ่อนคลายอารมณ์อย่างรวดเร็วเท่าที่เป็นไปได้ และการควบคุมตนเองอันจะนำมาซึ่ง การควบคุมความเครียดของร่างกายการรับฟังผู้อื่น การพยายามไกล่เกลี่ย จะช่วยลดการแสดงอารมณ์โกรธได้มากอย่างหนึ่ง

**โปรแกรมควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท** ของสิรินภา จาติเสถียร(2547) พัฒนาตามแนวคิดของ Novaco (1985) ฝึกแยกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่1 ฝึกให้ผู้ป่วยรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความโกรธ โดยให้ผู้ป่วยฝึกคิดถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ และฝึกคิดถึงผลของความโกรธ และความโกรธเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ

ขั้นที่2 ระเบียบเรียนรู้ทักษะ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยยับยั้งความโกรธ เมื่อผู้ป่วยรู้ถึงสภาวะของความโกรธ ของตนเองจากอาการบ่งชี้ทางกาย ที่จะแสดงว่าจะเกิดความโกรธ โดยร่างกายเริ่มเกิดอาการตึงเครียด และความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ เริ่มที่จะเกิดขึ้นในจิตใจ ก็จะต้องจัดการยับยั้งความรู้สึกโกรธนั้นก่อน นั่นคือผู้ป่วยจะต้องฝึกควบคุมความโกรธของตนเอง วิธีการฝึกควบคุมความโกรธ ได้แก่

1) การหายใจเข้าลึกๆ เป็นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างหนึ่ง ซึ่งใช้ได้ผลกับร่างกายและจิตใจโดยเมื่อคนเรารู้สึกโกรธ หรืออุนวายใจ จะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัว เหงื่อออก การหายใจเข้าลึกๆ จะช่วยเพิ่มการระมัดระวังการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถควบคุมการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ควบคุมปฏิกิริยาความคิด ความรู้สึก หรืออารมณ์ทางลบ และความกังวลได้

2) การนับโนใจจะช่วยหันเหความสนใจ ต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นได้

- 3) การคิดจินตนาการถึงสิ่งดีๆ มีความสุขจะช่วยให้ควบคุมสติ และสงบได้
- 4) การอยู่ในเหตุการณ์ที่กระตุ้นทำให้รู้สึกโกรธ อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมความโกรธได้ บางครั้งจึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์นั้นก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและป้องกันการแสดงความโกรธออกมา

ขั้นที่ 3 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น โดยให้ผู้ช่วยนำสถานการณ์ที่เคยทำให้เกิดความโกรธของผู้ป่วย นำมาแสดงบทบาท และเลือกใช้วิธีการควบคุมความโกรธได้อย่างเหมาะสมสำหรับตนเองตามที่ได้เรียนรู้และได้รับการฝึกมาไว้ในสถานการณ์นั้น

การให้สถานการณ์เพื่อให้ผู้ช่วยฝึกคิด ว่าเมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นแล้วจะทำอย่างไร จากนั้นจึงฝึกให้กระทำโดยใช้เทคนิคการสอน การใช้ตัวแบบการแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปราย การให้ข้อมูลป้อนกลับ การฝึกทำซ้ำๆ และการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ช่วยการใช้เทคนิคเหล่านี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ช่วยมีความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยการสังเกตและฝึกกระทำ เช่นเมื่อมีความโกรธควรจะทำอย่างไร และจะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรู้ว่าเราโกรธอย่างไร เกิดเป็นการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

ผู้ศึกษามีเป้าหมายในการฝึกการควบคุมความโกรธโดย

- 1) ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าสถานการณ์ ความคิดอย่างไรที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความโกรธและแสดงพฤติกรรมการโกรธที่ก้าวร้าวรุนแรง
- 2) ทักษะที่สามารถใช้ในการลดความโกรธในขณะที่อารมณ์รุนแรงได้แก่ การนับในใจการหายใจลึกๆ การขอตัวออกจากสถานการณ์ และในระยะเวลาที่อารมณ์เริ่มสงบให้ผู้ช่วยใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การจินตนาการ

#### 4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธ

4.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธในแผนกผู้ป่วยนอก  
พยาบาลมีโอกาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการเปลี่ยนความโกรธ เป็นไปในทางสร้างสรรค์ โดยการฝึกหัดให้สามารถจัดการกับความเครียด และป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) และอำไพวรรณ พุ่มสวัสดิ์ (2541)

4.1.1. การประเมินสภาวะทางจิต (Mental Status) คัดกรองอาการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอารมณ์โกรธ ความคิดที่ก่อให้เกิดความโกรธ และพฤติกรรมที่แสดงความโกรธออกทางกาย วาจา สภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน ผลกระทบจากการแสดงอารมณ์โกรธ

4.1.2 การวางแผนให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ของกรมสุขภาพจิต (2542) โดยเน้นความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย หรือไปทำร้ายผู้อื่น และดำเนินการตาม

แผนการพยาบาล ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง และผู้อื่น โดยประเมินอาการทางจิต ด้วยแบบวัด BPRS ถ้าพบว่ามีคะแนนสูงกว่า 30 ส่งพบแพทย์ และสังเกตพฤติกรรมกรรมการแสดง ออกจากความโกรธ จำกัดพฤติกรรมเมื่อจำเป็น จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวก และปลอดภัย

- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิดความรู้สึกเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทเพราะ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่อาจสื่อสารทำความเข้าใจกับ ผู้อื่นได้ จึงถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม โดยเริ่มจากให้รู้จักการพูดคุยเล่าทุกข์ สุขกล้าพูด บอกเมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป

- ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกมาในรูปความ ผิดปกติของพฤติกรรม เน้นที่ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมกรรมการแสดงออกเมื่อ รู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ แล้วไม่ควรมีการโต้เถียงรุนแรงขว้างปาสิ่งของ (สุเมธชา บุญชัย, 2545)

4.1.3 การทำงานเป็นทีม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยจาก การคัดกรอง เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา ร่วมปรึกษา และประสานงานกับบุคคลากรในทีม

4.1.4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาต่างๆทาง จิตเวช การดูแลสุขภาพร่างกาย การจัดการกับปัญหาส่วนตัวการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการ พัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่น การไปทำบุญที่วัด การเข้าร่วมชมรมในท้องถิ่น มีประโยชน์มากเพราะ ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะ ปรับตัวได้พบปะผู้อื่นในสังคม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดี

4.1.5. เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่บ้านสำหรับครอบครัว ผู้ป่วยเรื่องของอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช การจัดการกับอาการทางจิต

4.1.6 ให้การบำบัดทางจิต ทั้งที่เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่มบุคคลหรือการบำบัด ครอบครัวยุติตามสภาพของปัญหาและความต้องการ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับ ผู้อื่น แบบพึ่งพาอาศัยเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แทนความสัมพันธ์แบบข่มขู่ผู้อื่น

4.1.7. นอกจากนี้พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ที่สำคัญเพื่อประเมินและให้ข้อมูลเพื่อการดูแลก่อนส่งไปพบแพทย์ ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษา โรคจิตที่สำคัญที่พบบ่อยได้แก่ ฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) มัก พบในตอนต้นของการให้ยา ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหด หรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ อาการความดันโลหิตต่ำพบ มากที่สุดจากยา Chlopromazine จึงควรหลีกเลี่ยงยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วนฤทธิ์ Extra- pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อ ระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง

แบ่งเป็น 4 แบบคือ

- Parkinsonian Syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (Tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัวมีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวที่ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like face)

- Acute Dystonia อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (Torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็งลิ้นค้ำปากพูดไม่ชัดกลืนลำบากปากสั่น อาจมีนิยน์ตาเหลือบขึ้นด้านบน อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน

- Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (Agitation)

- Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือแก้ม หน้า ลิ้น อาจมีอาการกระพริบตา เปลือกตากระตุก

#### 4.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธในชุมชน

อ้างอิงการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542)

4.2.1 ให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และข้อจำกัดในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภททั้งแบบก้าวร้าวและแบบเก็บกดความโกรธ และเรียนรู้การยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย หรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน รวมทั้งข้อบ่งชี้ในพฤติกรรมที่ควรจะนำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.2.2. การป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการโกรธ อย่างไม่เหมาะสม ทั้งในลักษณะของความก้าวร้าว การเก็บกดความโกรธ โดยการสอนการฝึกทักษะต่างๆ เช่น

- สอนฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธด้วยตนเอง ก่อนที่จะแสดงอาการโกรธหรือเก็บกดกลายเป็นความแค้นขุ่นเคืองในใจ รวมทั้งการสังเกตปฏิกิริยาเตือนหรืออาการนำของร่างกายก่อนเกิดอาการโกรธเพื่อหาวิธีควบคุม ให้มีการแสดงออกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น แสดงท่าหงุดหงิดรำคาญแสดงสีหน้าไม่พอใจแทนการ ตะโกน ตวาด ทำร้ายผู้อื่น หรือการทำลายของ

- สอนทักษะสังคม การพูดคุยให้เหมาะสมกับเวลาสถานที่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น การสังเกตปฏิกิริยาท่าทางของผู้อื่น และการพูดแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ

- ทักษะการจัดการกับความเครียด ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์โกรธและความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น การฝึกลมหายใจ การนับในใจ แทนการดื่มสุราใช้สารเสพติด

4.2.3. สร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยและครอบครัวในการ



สร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว มีการรับรู้และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

4.2.4. การให้คำแนะนำแก่ชุมชน ให้การตระหนักถึงสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความกดดันความคับข้องใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะนำไปสู่การโกรธอย่างรุนแรงเช่น การถูกล้อ เลียดต่างๆ การถูกตำหนิประณาม การถูกรังเกียจจากคนในชุมชน การถูกเอาเปรียบของผู้ป่วย

4.2.5. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน เช่น การฝึกอบรมผู้นำชุมชนญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภท และปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตในชุมชน และควบคุมอารมณ์โกรธหรืออารมณ์อื่นๆได้

4.2.6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาชีพ หรือช่วยงานบ้าน แบ่งเบาภาระครอบครัวเพราะปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดกดดันและเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ญาติหาอาชีพ หรืองานทำให้ผู้ป่วยมีรายได้ และได้เข้าสังคมโดยคอยช่วยเหลือดูแล เมื่อเกิดปัญหาจากการทำงาน

4.2.7. ติดตามให้การดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่กับ ครอบครัว ให้ข้อเสนอแนะวิธีแก้ไขพฤติกรรมการแสดงความโกรธที่ก้าวร้าว

- ไม่ควรโกรธหรือกลัวผู้ป่วย ควรมีท่าทางสุ่มเยือกเย็น เมตตา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นมีที่พึ่ง ไม่ควรแสดงความก้าวร้าวต่อผู้ป่วย พยายามพูด ด้วยเหตุผลและใจเย็น
- พยายามพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจผลเสียของการแสดงความโกรธไม่เหมาะสม
- สังเกตอารมณ์ของผู้ป่วย ป้องกันสิ่งกระตุ้นอารมณ์ที่เป็นปัญหาไม่ควรจู้จี้หรือยั่วอารมณ์ผู้ป่วย
- ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด เพราะอาจทำให้อาการทางจิตกำเริบได้
- สังเกตอาการของผู้ป่วย ถ้าเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่นนอนไม่หลับ หงุดหงิด มีหูแว่ว พูดคนเดียว ให้รีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศไทย

สิรินภา จาติเสถียร(2547) ได้นำแนวคิดโปรแกรมควบคุมความโกรธของNovaco (1985) ไปพัฒนาใช้ในการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทใน ร.พ ศรัทธัญญา แผนกผู้ป่วยใน ที่มีประวัติเอะอะก้าวร้าวตนเองและผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ จำนวน 20 คน โดยแบ่งผู้ป่วยชาย 13 คน ผู้ป่วยหญิง 7 คน เข้ากลุ่มทดลองตามโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ๆละ 2-3 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธและแบบวัดการแสดงความโกรธ 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง ขั้นสิ้นสุดการทดลอง และขั้นติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธในผู้ป่วย

จิตเภท สามารถลดคะแนนการแสดงความโกรธของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพิ่มคะแนนการควบคุมความโกรธ และคะแนนความรู้ในการควบคุมความโกรธในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ทศไฉย วงศ์สุวรรณ (2542) ได้พัฒนาแบบวัดการแสดงความโกรธ จากแบบวัดสภาวะ - ลักษณะและการแสดงความโกรธ STAXI (The State Trait Anger Expression Inventory) ของ Spielberger (1996) โดยมาแปลเป็นภาษาไทยจำนวนทั้งหมด 44 ข้อ นำข้อคำถามที่แปลจาก The State Trait Anger expression inventory ของ Spielberger (1996) มารวมกับข้อคำถามที่สร้างขึ้น นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามคำจำกัดความ และนำผลการตรวจสอบมาคัดเลือกโดยถือเกณฑ์ตัดสิน 3 ใน 5 ท่าน นำไปหาค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน ให้สูตรของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ของแบบวัดในมาตรการเก็บความโกรธไว้ภายในเท่ากับ .90 มาตรการแสดงความโกรธออกภายนอกเท่ากับ .87 และมาตร การควบคุมความโกรธเท่ากับ .92

ทศไฉย วงศ์สุวรรณ (2542) ได้ศึกษาผลของให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น โดยทำการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบก่อนและหลังการทดลองสามารถลดความโกรธโดยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีประวัติว่าเคยแสดงความก้าวร้าว จำนวน 16 คน มีคะแนนการแสดงความโกรธออกภายนอก มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 และคะแนนการควบคุมความโกรธต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 8 คนและกลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม เป็นเวลา 7 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 20 ชั่วโมง โดยเครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบวัดประสพการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสำรวจความโกรธแบบสภาวะ-ลักษณะและการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีการแสดงความโกรธออกภายนอกลดลง และสามารถควบคุมความโกรธได้ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

หรรษา แก้วพูลปกรณ์ (2541) ได้ทำการวิจัยผลของการฝึกควบคุมความโกรธและทักษะทางสังคมที่มีต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคอุดรดิตต์ อายุ 15 – 18 ปี จำนวน 20 คนทำการทดลองแบบกลุ่มทดลองมีกลุ่มควบคุม สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วยการฝึก 3 องค์ประกอบคือ การฝึกควบคุมความโกรธ การสอนพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของสังคม และการสอนจริยธรรม ในส่วนการฝึกควบคุมความโกรธได้ใช้แนวคิด การควบคุมความโกรธของ Novaco (1985) ใช้วิธีการตัวแบบ (Modeling) การแสดงบทบาท (Role play) และการให้ข้อมูลป้อนกลับ

ต่อการกระทำ (Performance feedback) กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการควบคุมความโกรธและทักษะทางสังคม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง การเก็บรวบรวมโดยการตอบแบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าว ในระยะก่อนทดลองและสิ้นสุดการทดลอง และการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวแบบช่วงเวลา ในระยะเส้นฐาน ระยะทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังการทดลองน้อยกว่าระยะการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### งานวิจัยต่างประเทศ

Chemtob et al., (1997) ได้นำแนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1985) ไปใช้ควบคุมความโกรธในทหารผ่านศึกเวียดนาม ที่มีอาการเครียดภายหลังเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ (Post Traumatic Stress Disorder) และมีการแสดงความโกรธอย่างรุนแรง โดยใช้กลุ่มทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 7 คน ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่ม 12 ครั้ง วัดคะแนนการแสดงความโกรธและการควบคุมความโกรธก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 18 เดือน พบว่าได้ผลกับการลดปฏิกิริยาความโกรธ และความสามารถในการควบคุมความโกรธได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Taylor et al., (2002) ได้นำโปรแกรมการควบคุมความโกรธโดยใช้ กระบวนการจัดความคิดพฤติกรรม มาใช้กับผู้ป่วยที่มีความด้อยทางปัญญา โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 9 คน ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 10 คน มีโปรแกรมการทำการรักษาเป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล 18 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chan, Lu, Tseng, and Chou (2003) ได้นำรูปแบบการควบคุมความโกรธของ Novaco (1985) ไปใช้ในการควบคุมการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน ในรูปแบบการทำกลุ่มตามโปรแกรมจำนวน 10 ครั้ง ใช้แบบวัดการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) วัด 4 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังทำกลุ่มในครั้งที่ 5 หลังสิ้นสุดกลุ่มครั้งที่ 10 และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมการควบคุมความโกรธ สามารถลดการแสดงออกความโกรธ และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Davey, Day, and Howells (2005) ได้มีการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลความโกรธระดับสูง แต่มีการควบคุมในระดับต่ำหรือไม่แสดงความโกรธออกมากับผู้ที่มีประสบการณ์ความโกรธระดับต่ำ หรือแสดงออกความโกรธระดับต่ำแต่ต่อมาก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อจะเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการบำบัดรักษา (Dffenbacher, 1999; Howell, 1998; Novaco, Ramm and Black, 2002) พบว่าผู้ที่แสดงออกความโกรธสูงรุนแรง จะมีการสูญเสียการทำหน้าที่ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมมากกว่า ผู้ที่มีความโกรธระดับต่ำ

มีการทบทวนและวิเคราะห์ระดับ Meta-analysis พบว่าโปรแกรม Cognitive Behavior anger – management มีประสิทธิภาพกว้างขวางและใช้อย่างแพร่หลาย กับผู้ที่มีความโกรธ (Beck and Fernandez,1998) มีการเปรียบเทียบจนได้แนวคิดว่าการยับยั้งหรือการไม่แสดงออกความโกรธอย่างชัดเจนจะทำให้ขาดการไตร่ตรอง และกลายเป็นแรงกระตุ้นทำให้โกรธอย่างรุนแรง (Greenberg and Paivio, 1997) โดยเฉพาะคนที่มีตัวกระตุ้นความโกรธที่ยาวนานเช่น ความรู้สึกอึดอัดอย่างแรง การถูกลบหลู่ให้อับอาย หรือความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นการสะสมความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะย้อนกลับเข้ามาทำให้ระเบิดความโกรธ และความเดือดดาล (Tsytsarev and Grodnitsky,1995) เป็นผลให้ความตระหนักและการควบคุมสติ ไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เกินเหตุ ลดลงหรือมีความอ่อนล้ามากขึ้น โดยที่ปัญหาที่ทำให้ขุ่นเคืองแค้นใจยังอยู่ในอนาคตอาจนำไปใช้ประโยชน์ในการอธิบายปรากฏการณ์ Over – Control ในทฤษฎีการควบคุมอารมณ์โกรธและการจัดการกับความขุ่นเคืองแค้นใจ Novaco (1997) จึงแบ่งโปรแกรมเป็นการเพิ่มการยับยั้งกระบวนการเกิดความโกรธ และควบคุมการตอบสนองของความโกรธ

Dahlen and Martin (2005) ทำการศึกษาวิจัยต่อจาก Palfai and Hart (1997) เกี่ยวกับการแสดงความโกรธและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในนักเรียนที่เป็นอาสาสมัครจำนวน 189 คน พบว่าผู้ที่มีความโกรธแบบลักษณะ (Trait anger) มีความปรารถนาที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการแรงสนับสนุนจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson & Greene (1991); Palfai and Hart 's (1997) ที่พบว่าการหยุดยั้งความโกรธ การไม่แสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว จะได้รับการยอมรับและการสนับสนุนทางสังคม ยิ่งกว่านั้นการมีความโกรธแบบ Anger-in ยังทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีอิสระในการแสดงความโกรธในแบบที่สังคมต้องการ มากกว่า Anger-out

Averill,1983; Kassinove& Sukhodolsky (1995) ศึกษาพบว่า ผู้ที่มี Anger-in มีแนวโน้มที่จะพุ่งความโกรธเข้าสู่ตนเอง ส่วน Anger-out มีแนวโน้มจะพุ่งความโกรธไปที่ผู้อื่น โดยใช้แบบวัด State –Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) ของ Spielberger 's (1999) พบว่าผู้ที่มี Anger-in ในระดับสูงจะมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากสังคม ต่ำกว่าพวกที่มี Anger-in ระดับต่ำ (Deffenbacher, Lynch, Oetting and Kemper,1996; Eckhardt and Deffenbacher,1995;Deffenbacher,1993; Deffenbacher and Stark,1992; Feshbach (1986) cited in Deffenbacher , 1999) ผู้ที่มีประสบการณ์ความโกรธแบบลักษณะ (Trait anger) ที่สูง จะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพ ลดคุณค่าและการนับถือตนเอง มีความยากลำบากในการเรียนและประกอบอาชีพ ขาดการมีสัมพันธกับผู้อื่นและภายในครอบครัว เพราะมักพุ่งความโกรธไปที่ผู้อื่นโดยตรง มักจะเป็นผู้ที่เคยมีสัมพันธภาพกันมาก่อน

Westermeyer (2005) ศึกษาพบว่าคนบางคนมีปัญหาในการควบคุมความโกรธ บางคนมีความยากลำบากมากที่จะแสดงความโกรธ เนื่องจากมีกฎเกณฑ์ภายในว่าต้องไม่เปิดเผยหรือแสดงให้ผู้อื่นรู้ว่ามีความโกรธ การฝึกและมีความคิดอย่างนี้สามารถสร้างปัญหาภายหลังได้เพราะความโกรธจะถูกกักเก็บไว้ในใจเป็นเวลานาน จะแสดงออกภายหลังอย่างรุนแรงต่อผู้อื่นนอกจากนี้การที่ไม่สามารถแสดงความโกรธได้ ยังทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไร้ที่พึ่งและกลายเป็นอารมณ์เศร้าได้อย่างรวดเร็ว

Lochman, 1984; Dodge and Frame, 1982; Little and Kendall, 1979; White, Wayland, 1991 cited in Westermeyer (2005) พบว่ามีงานวิจัยหลายชิ้นที่ค้นพบว่าปัญหาในการควบคุมความโกรธ มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของความคิดที่บิดเบือนไป เทคนิคการปรับความคิดสามารถลดความโกรธ ความรุนแรงและความเดือดดาลที่จะระเบิดในอนาคตได้ บุคคลที่เก็บความโกรธไว้ในสูง จะมีความเศร้ามากกว่าบุคคลที่เก็บความโกรธไว้ในต่ำ คนที่มีความโกรธบ่อยๆ จะแสดงออกความโกรธออกภายนอกต่อคนอื่นหรือสิ่งของมากกว่า ส่วนคนที่มีการควบคุมความโกรธที่สูงจะโกรธน้อยกว่าและจะให้พฤติกรรมแบบก้าวร้าวน้อยกว่า แต่มักจะใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธและเก็บกดต่อความโกรธที่ไม่สามารถจะยอมรับได้ (Spielberger et al., 1994) สอดคล้องกับที่ Freud (1975) กล่าวว่าเมื่อบุคคลรู้สึกโกรธ คับข้องใจ และไม่สามารถแสดงความรู้สึก หรือถูกขัดขวาง หรือไม่สามารถแสดงความก้าวร้าวออกมา ความโกรธนั้นก็จะพุ่งเข้าสู่ตัวเองทำให้เกิดความเศร้าความโกรธภายในทำให้เกิด โรคซึมเศร้า หอบหืด ไมเกรน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดหลังเรื้อรัง และอาจแสดงความโกรธโดยตรงกันข้ามกับความรู้สึก เช่นการแสดงความสุภาพมาก หรือแสดงความหวานมากเกินไป การถดถอย การใช้สารเสพติด เช่นยา หรือดื่มสุรา การกินมากเกินไป การเจ็บมากเกินไป ล้วนเป็นหนทางที่ใช้หลีกเลี่ยงจากความเป็ความจริง หรือความโกรธ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในและต่างประเทศพบว่าผู้ศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาวิจัยในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งปัญหาเรื่องการควบคุมความโกรธนั้นเป็นที่ยอมรับของผู้บำบัดทางจิตโดยทั่วไปว่าเป็นปัญหาสำคัญที่รบกวนการดำเนินชีวิต และเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาทางจิตอื่นๆแต่ยังขาดการให้ความสำคัญและศึกษาอย่างจริงจัง ในระยะ 2-3 ปีหลังนี้เริ่มให้ความสนใจ แนวคิดที่นิยมใช้ในการจัดการความโกรธ และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด คือแนวคิดกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Therapy) โดยโปรแกรมควบคุมความโกรธของ Novaco, 1985 ที่ใช้แนวคิดCognitive Behavior Therapy เป็นโปรแกรมที่ได้รับความนิยมและนำไปใช้กันมาก

กรอบแนวคิดในการทำโครงการศึกษาอิสระ

กิจกรรม

ผลลัพธ์

<p>การใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน</p>
<p><u>ขั้นที่ 1 การเตรียมความคิด</u></p> <p>กิจกรรมที่ 1 การแสดงอารมณ์และความรู้สึก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอนการแยกแยะอารมณ์ความรู้สึก</li> </ul> <p>กิจกรรมที่ 2 การค้นหาสาเหตุและผลของความโกรธ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานการณ์ก่อให้เกิดความโกรธ</li> <li>- ผลของการแสดงความโกรธที่รุนแรงก้าวร้าว</li> </ul> <p>กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความโกรธ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกตอาการซึ่งนำทางกายก่อนเกิดความโกรธ เพื่อยับยั้งอารมณ์</li> </ul> <p>กิจกรรมที่ 4 การเปลี่ยนความคิด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่ทำให้เกิดความโกรธ</li> </ul>
<p><u>ขั้นที่ 2 เรียนรู้ฝึกซ้อมทักษะใหม่</u></p> <p>กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมความโกรธโดยใช้การฝึกการหายใจ การนับในใจ การจินตนาการ การออกจากเหตุการณ์นั้น เพื่อลดความตึงเครียดของร่างกายที่เกิดจากความโกรธทำให้สงบควบคุมอารมณ์โกรธได้</p> <p>กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกวิธีการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกที่เหมาะสม</li> </ul> <p>กิจกรรมที่ 7 การใช้บทบาทสมมติ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำสถานการณ์ตัวอย่างมาฝึกทักษะควบคุมความโกรธโดยใช้บทบาทสมมติ</li> </ul>
<p><u>ขั้นที่ 3 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น</u></p> <p>กิจกรรมที่ 8 การนำมาประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน</p>

ความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น

- 1 ความโกรธภายใน (anger-in)
- 2 ความโกรธภายนอก (anger-out)
- 3 การควบคุมความโกรธ (anger control)  
(Spielberger, 1996)