

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนิน โรคของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การรักษาโรคจิตเภท

#### 2. การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

#### 3. ความโกรธและการแสดงความโกรธ

3.1 ความหมายของความโกรธ

3.2 สาเหตุของความโกรธ

3.3 ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความโกรธ

3.4 ประสิทธิภาพความโกรธและการแสดงความโกรธ

3.5 ความโกรธและการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ

4.1 กลุ่มแนวคิดจิตวิทยาวิเคราะห์

4.2 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม

4.3 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม

4.4 แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco

4.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

#### 5. โปรแกรมการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

#### 6. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธ

#### 7. บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดแบบกลุ่ม

#### 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท

#### 1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ตามการจำแนกโรคของ ICD 10 (The International Classification of Diseases-10) ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญาดีแม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้นิยามโรคจิตเภทตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (อรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย, 2545)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive Symptoms) และอาการทางลบ (Negative Symptoms) ถึงแม้ว่าไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive Disorder) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ความรู้สึก สังคม และการทำหน้าที่ (Sadock & Sadock, 2005)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยที่ไม่มีความผิดปกติทางกายและทางสมอง มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปและมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

### 1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1.1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factor) แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทค่อนข้างสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมักไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน (Boyd, 2005)

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต (Townsend, 2006)

3) กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมองเช่น มี ventricle โตกว่าปกติปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่ามี gliosis หรือหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่าโรคนี้เป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น neurodevelopmental disorder (Keltner et. al, 1999)

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536; Townsend, 2006)

1.1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่

อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotion over involvement) (Boyd, 2005)

1.1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ข้างแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการดังต่อไปนี้ (Boyd, 2005)

1.1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดตลิวสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้

1.1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งทีคนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ 1) Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด 2) Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา 3) Avolition apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง 4) Anhedonia asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร

1.1.4 การดำเนินของโรคของโรคจิตเภท การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.1.4.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไปแยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

1.2 การรักษาโรคจิตเภท สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตเภท ส่วนการรักษาทางจิตเวชส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้า วิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.1 การรักษาด้วยยา ชนิดของยาต้านอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่

#### 1.2.1.1 ยาต้านโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

1) Phenothiazines เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side effect แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้สงบสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine Trifluoperazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้สงบปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra-pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่นเช่น Thioridazine 3) Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine

2) Thioxanthenes เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

3) Butyrophenones เป็นยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์สงบน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

4) Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้คือ Loxapine

5) Diphenylbutylpiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

6) Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

7) Reserpine ปัจจุบันไม่ใช้รักษาโรคจิตแล้วแต่ใช้เป็นยาแก้ปวดแทน

ยาต้านอาการทางจิตกลุ่มเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญคือการ block dopamine receptor ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ block receptor ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamines storage ด้วย ทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine ซึ่งการ

block dopamine receptor เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย parkinsonism ขึ้นและถ้า receptor ถูก block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น อันเป็นผลทำให้เกิดภาวะ denervation hypersensitivity ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของ tardive dyskinesia

1.2.1.2 ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, noradrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท ยาในกลุ่มนี้ในปัจจุบันมี 6 ชนิด คือ Clozapine (Clozaril), Risperidone (Risperdal), Olanzapine (Zyprexa), Sertindole, Quetiapine (Seroquel) และ Ziprasidone

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

1) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนาน ๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra-pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1.1) Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

1.2) Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปากพูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

1.3) Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4) Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ 3 แห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดขึ้นช้าแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสูดปาก เฝือและดูคริมฝีปาก แลบ

ลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตา กระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือ และ เท้า

2) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3) Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือ จากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคม่าได้

4) Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัว เพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไขโดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิต ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

6) อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มีลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของ ยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยการกินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7) อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุและมีฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้น เป็นผลของปฏิกิริยา ภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้ แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยา ภูมิแพ้ อาการคล้ายแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น

บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟาดคล้าย โลหะ

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับที่ได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตามจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกันที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไประยะนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่นฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

12) น้ำหนักตัวเพิ่ม Risperidone olanzapine quetiapine และ clozapine อาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีรายงานว่า clozapine และ olanzapine อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15-20 กิโลกรัม ภายในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว อาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานหรือทำให้อาการของโรคเบาหวานแย่ลง จึงควรต้องระวังการใช้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปกับการรักษาโดยการให้ยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.2.3 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial treatment) การรักษาด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่มเช่น กิจกรรมบำบัด เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของ



ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นิเวศน์บำบัด คือการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่าง มีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง คำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534 อ้างถึงในธีรศักดิ์ ผลานิผล, 2549)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับ โรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มี จำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชอื่นและโรคนี้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสาน ระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้า ด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด เนื่องจากโรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ใน ชุมชนได้

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

2.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักมีอาการ ทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

2.1.1 มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อน รำคาญแก่ผู้อื่น

2.1.2 มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา

2.1.3 เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

2.1.4 มีปัญหาในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ได้เนื่องจากอาการทางจิตและให้การรักษาพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิต หลังจากให้การบำบัดจน อาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนต่อไป ดังนั้น การพยาบาลในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำจนต้องรับการ รักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้สามารถ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ภายหลังการประเมินปัญหาและสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการมารักษาซ้ำอีก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความเครียด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 2) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ ดังนี้
- 3) การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น
- 4) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรม เพื่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น
- 5) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ
- 6) การมีสมรรถนะด้านร่างกายหรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข
- 7) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา

2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Nursing plan) ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต ที่นำมาใช้โดยกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาดังต่อไปนี้ (เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536: กรมสุขภาพจิต, 2542)

2.2.1 ประเภทฉุกเฉินและวิกฤต (Critical phase) ระยะเวลา 72 ชั่วโมง

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีอาการและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นตนเองและทรัพย์สิน เกิดอุบัติเหตุ มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพได้

2) การพยาบาล ได้แก่ ช่วยฟื้นคืนชีพให้ปลอดภัยในรายที่มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ประเมินอาการและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที เฝ้าระวังผู้ป่วย 24 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างพอเพียง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ถ้ามีความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมหรือทำการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค และแนวทางการรักษาแก่ญาติ

### 2.2.2 ประเภทแรกเริ่ม (Acute phase) ระยะเวลา Day 4-Day10

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตนเองหรือทำลายทรัพย์สิน มีพยาธิสภาพทางกายที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อชีวิต การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลยังสับสน การดูแลกิจวัตรประจำวันทำได้บ้างและต้องมีคนช่วยเหลือ การพูดคุยการเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้เป็นครั้งคราว และสามารถสร้างสัมพันธภาพได้บ้าง แต่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็น

2) การพยาบาล ได้แก่ ป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่นและทรัพย์สิน ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคล ปฐมนิเทศให้มีการรับรู้บุคคล สถานที่ เวลาได้ถูกต้อง ป้องกันการหลบหนี สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ง่ายไม่ซับซ้อนและระยะเวลาสั้น เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วย

### 2.2.3 ประเภทเร่งรัดบำบัด (Sub-Acute phase) ระยะเวลา Day 11-Day24

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ สามารถควบคุมตนเองได้ รับรู้ บุคคลสถานที่ เวลาได้ถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องคอยกระตุ้น การเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติได้แต่ไม่ริเริ่มด้วยตนเอง สามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว

2) การพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ การชมเชยและการให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ ฝึกทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวตลอดจนข่าวสารภายในและภายนอกโรงพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันภายในหอผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ในเรื่องโรค การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงการรักษา ป้องกันการหลบหนี และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

#### 2.2.4 ประเภทบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) ระยะเวลาตั้งแต่ Day 25

1) ลักษณะสำคัญ ได้แก่ สามารถบอกเรื่องราวของตนเองและเหตุการณ์ปัจจุบันได้ ควบคุมตนเองได้ ดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันได้โดยมีการกระตุ้นและสนับสนุนเป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจสามารถแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกได้เป็นครั้งคราว

2) การพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การสังเกตอาการ การรักษา และการดูแลตนเองที่บ้านทั้งเป็นรายบุคคลรายกลุ่ม ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และติดต่อญาติเพื่อจำหน่าย ถ้ามีปัญหาในการจำหน่ายต้องปรึกษาทีมการรักษา

นอกจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อปกติสุขแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

1) บทบาทผู้เล็งดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานจัดกิจกรรมห่อผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสหนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน สนับสนุน ให้ข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อ มีปัญหาเฉพาะอย่าง

โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชทั้ง 6 บทบาทนี้พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกรอบและ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้ความรู้จาก ศาสตร์พยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและศิลปะของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

### 3. ความโกรธและการแสดงความโกรธ

ความโกรธเป็นความรู้สึก เป็นอารมณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ ที่มากระทบ เมื่อคนรู้สึกโกรธ จะสูญเสียความชัดเจน ในการคิดพิจารณาไปชั่วขณะ เป็นเพราะ บุคคลรู้สึกภายในว่าตนเองกำลังอ่อนแอถูกคุกคาม รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจไม่สามารถควบคุม สถานการณ์ได้ จึงแสดงให้ผู้อื่นรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถทำให้คนรู้สึกอ่อนแอ โดดเดี่ยว ความโกรธผลักดันให้คนห่างไกลกัน และ อย่่างไรก็ตาม ความโกรธไม่ใช่สิ่งเลวร้ายสามารถเกิดขึ้น ได้ แต่การแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสมไม่ควรเกิด บุคคลเลือกที่จะแสดงความโกรธออกมา ในทางสร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของสังคมได้

#### 3.1 ความหมายของความโกรธ (Anger or anger expression)

ความหมายของความโกรธหรือการแสดงความโกรธ ในลักษณะของปฏิกิริยาทางอารมณ์

Novaco (1994) ความโกรธเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้น ความโกรธจะ เกี่ยวข้องกับสรีระวิทยาและความคิด เป็นสภาวะภายในที่มีระดับแตกต่างกันไปของ ปฏิกิริยา ระหว่างองค์ประกอบทางสรีระวิทยา อารมณ์ ความคิด การเคลื่อนไหวและคำพูด

Kassinove and Sukhodosky (1995) เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบที่แสดงออกให้ปรากฏ หรืออยู่ภายในที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพร่อง ของการรับรู้ และคิดเฉพาะอย่างเช่น 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 สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลอันเกิดจากความคิดที่มีต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น อันทำให้บุคคลแสดงออกต่ออารมณ์โกรธนั้นแตกต่างกันไป ซึ่งการแสดงออกในบางรูปแบบ เช่น การเก็บไว้ภายในหรือแสดงออกภายนอกนั้นจะส่งผลกระทบต่อบุคคล แต่ถ้ามีการจัดการจะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง ให้ความโกรธอยู่ในระดับที่เหมาะสม

Berkowitz (1993) กล่าวว่า ความโกรธเป็นความพร้อมทางสภาวะอารมณ์ที่จะแสดงความรู้สึก ความรุนแรงเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์หรือความโกรธ ซึ่งเป็นผลมาจากความคับข้องใจแต่จะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีสิ่งเร้า

Rawlin and Heacock (1993) ความโกรธ หมายถึง ความรู้สึกไม่พอใจ ชุ่นเคืองใจ โมโห อย่างที่สุด เมื่อมีความคับข้องใจหรือรู้สึกไม่เป็นมิตร ซึ่งจะแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์โดยตรงกับผู้อื่นหรือต่อตนเอง เป็นปฏิกิริยาที่เปลี่ยนไปอย่างช้าๆ ค่อยๆเริ่มจากการแสดงความรู้สึกน้อยๆ จนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเดือดดาล

Hillard and Zitek (2004) ความโกรธมีความหมายใกล้เคียงกับ Affective aggression หมายถึง ผลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มากระตุ้นหรือคุกคาม เป็นรูปแบบการกระทำของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถูกเร้าโดย คำพูด การกระทำที่เป็นการ โจมตีหรือคุกคาม จะแสดงพฤติกรรมได้แก่ ขบกรามแน่นจนนูน (Pacing) นั่งบนขอบเก้าอี้จับที่พนักแขนไว้แน่นหรือกำมือแน่น ปิดประตูดังโครม กระแทกหรือชกผนังห้อง การเดินกระแทกสันเท้า

ทศไนย วงศ์สุวรรณ (2542) ให้ความหมายความโกรธว่า เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบที่แสดงออกให้ปรากฏหรืออยู่ภายในที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพร่องของการรับรู้และความคิดเฉพาะอย่าง เช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม เป็นสภาวะอารมณ์ที่ให้ความรู้สึกแตกต่างกันไปในความรุนแรง มีความเข้มของประสบการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธที่เกิดขึ้น แสดงออกมาได้ 3 ทาง คือ การแสดงออกภายนอก การเก็บความโกรธภายในและการควบคุมความโกรธ

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

ประสบการณ์ที่ผ่านมา ค่านิยม และ ความเชื่อ แต่ละบุคคลที่เรียนรู้จากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สังคมวัฒนธรรมที่รับมา

อัคร ศุภเศรษฐ์ (2547) ความโกรธ หมายถึง อารมณ์แห่งไฟ มีอำนาจเผาไหม้ทั้งผู้โกรธและผู้ถูกโกรธ เป็นอารมณ์ที่ทำให้เกิดความน้อยใจ แต่มีโทษและมีอันตรายมากหากจัดการความโกรธไม่ได้ หรือสลายความโกรธไม่เป็น ก็จะสะสมไว้มากๆ ก็จะกลายเป็นความเกลียดได้

สรุปได้ว่า ความโกรธ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่พอใจ ถูกกดดัน ถูกคุกคามให้อยู่ในภาวะอันตราย หรือความรู้สึกที่ถูกกรูมเร้าไม่มีทางออก เป็นการแสดงพลังอำนาจเพื่อปกป้องตนเอง และปิดบังซ่อนเร้นความอ่อนแอ

### 3.2 สาเหตุของความโกรธ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ

3.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ระบบการรับความรู้สึกทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งเร้า เป็นปัจจัยที่รวมพันธุกรรมและอารมณ์ จากการศึกษาสมองสามารถชี้ได้ว่า สมองส่วนลิมบิก (Limbic system) ควบคุมความก้าวร้าว ต่อมไฮโปทาลามัสและอมิกดาลา (Amygdala) อาจเพิ่มหรือลดความโกรธ และพฤติกรรมรุนแรง (Rawlins and Heacock, 1993) การเกิดโรคเนื้องอกในสมอง โรควัลไฮเมอร์ โรคลมชัก การบาดเจ็บของสมองทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ร่างกายมีความตึงเครียดและความวิตกกังวล ความหิว ความหนาวหรือร้อนที่มีมากเกินไป

3.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ เช่น การถูกปฏิเสธ การถูกลบหลู่ การถูกข่มขู่ การถูกด่าว่า ประณาม ความไม่ยุติธรรมในการทำงาน การผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวัง ไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม ความรู้สึก และภาพลักษณ์ของตนเองได้ ประสบการณ์ความโกรธในอดีต ถ้าเคยทำให้โกรธก็จะเกิดความโกรธได้ (Kassinove and Eckhardt, 1995) การใช้ยาหรือการดื่มสุรา ซึ่งมีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ การดื่มสุรายังทำให้เกิดความรู้สึกโกรธมากขึ้นและขาดการระงับพฤติกรรมในทางก้าวร้าว

3.2.3 ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม เชื่อว่าความโกรธโดยธรรมชาติ เกิดจากกระบวนการของการเรียนรู้ เป็นพลังงานที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่ (Bandura, 1973) เป็นสัญญาณที่บอกว่า คนต้องการเรียนรู้บางอย่างเมื่อไม่ได้รับมากเพียงพอ ความโกรธก็จะแสดงออกมา ความโกรธก็คือพลังงานที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่นั้นเอง ความโกรธที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ จะเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ซึ่งการแสดงความโกรธ เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะสามารถจัดการสถานการณ์ได้ เมื่อมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือรู้สึกถูกคุกคาม

### ขั้นตอนการเกิดความโกรธและความรุนแรง (Kassinove and Eckhardt, 1995)

ขั้นที่ 1 เหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้นถูกรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ในทางลบ

ขั้นที่ 2 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ถูกรับรู้ ในรูปแบบของพฤติกรรมที่ เคยใช้มาแล้วในสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้น การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การตอบสนองในทางบวก ไม่มีความโกรธ ไม่มีความก้าวร้าว

2) การตอบสนองในทางลบ เป็นการตอบสนองในลักษณะรุนแรงต่อสถานการณ์

เมื่อความโกรธเกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางความคิด ภาพในใจ กระตุ้น ระบบประสาทอัตโนมัติ ถ้าความโกรธ ที่เกิดขึ้นนั้นมีการจัดการ โดยการยอมรับสถานการณ์และ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะการแสดงออกในระดับที่เหมาะสม เช่น รำคาญหรือหงุดหงิดเพียงเล็กน้อย ถ้าความโกรธนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว แต่บุคคลเก็บไว้ภายในเป็นเวลานาน จะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทาง ร่างกายต่างๆ ได้ และเมื่อบุคคลเกิดความโกรธ แล้วแสดงความก้าวร้าวทางอารมณ์ ทำทาง ไบหน้า และคำพูด พร้อมกับพฤติกรรมทางร่างกาย เช่น การผลักใส่ ผลที่เกิดขึ้นตามมา อาจจะนำไปสู่ความ ผิดปกติทางพฤติกรรม อาชญากรรม เป็นต้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดความโกรธจากความคิด เช่น การผิดหวัง หรือไม่ได้ในสิ่งที่ ต้องการ สิ่งที่ไม่คาดหมาย หรือในสิ่งที่ต้องการให้เป็น ไม่สามารถทนได้ในเหตุการณ์ที่ไม่พึง ปรารถนา ความวิตกกังวล เช่น การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม ต่อภาพลักษณ์ของตนเอง การคาดหวังให้ผู้อื่นทำในสิ่งที่คาดว่าควรจะทำ การถูกข่มขู่จากบุคคลอื่น เช่น ถูกด่าว่า ประณาม

สาเหตุที่ทำให้เกิดความโกรธจากร่างกาย เช่น ภาวะวุ่นวาย ดึงเครียด ทำให้ความ สามารถในการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนแยกลง

### 3.3 ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความโกรธ

การตอบสนองของร่างกายต่อความโกรธ ประกอบด้วย มีการเพิ่มของอดรีนาลีนหัวใจเต้น เร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย มีความตึงของกล้ามเนื้อ หน้าแดง กำมือแน่น มีความเย็น ร้อนหรือชาในส่วนต่างๆของร่างกาย อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเกิดขึ้น ทั้งหมด เหล่านี้คือสัญญาณหรือปฏิกริยาทางธรรมชาติ ที่บ่งชี้ว่าบางอย่างกำลังคุกคามหรือผิดพลาด (Tarvis, 1989) ความโกรธปกป้องคนโดยเตือนเมื่อพวกเขาารู้สึกว่าความปลอดภัยถูกคุกคาม สามารถ เกี่ยวโยงไปถึงอารมณ์อื่น เช่น กลัว เจ็บ ละอายใจ อับอาย เศร้า อิจฉา พ่ายแพ้ โดดเดี่ยว ถึงแม้ว่า ความโกรธจะเป็นความรู้สึกทางธรรมชาติ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ แต่การแสดงความโกรธออกมา ในทางที่ไม่เหมาะสม มันจะข้อนมารบกวนอารมณ์ เช่น เกิดความรู้สึกมึ่งร้าย ความขุ่นเคืองใจ ขมขื่น และเกลียดชัง



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

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

Spielberger et al., (1994) กล่าวถึงความโกรธในเชิงของการวัดว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์โดยอารมณ์หรือเงื่อนไขทางชีววิทยา และจิตวิทยาของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาภายในร่างกาย บุคลิกภาพ และประสบการณ์เดิม จะมีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ นอกเหนือจากตัวสิ่งเร้าเพียงอย่างเดียว เนื่องจากบุคลิกภาพและประสบการณ์เดิม ทำให้บุคคลมีแนวโน้มในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกัน ในลักษณะที่แตกต่างกัน ( Lazarus , Deese and Osler,1952 cited in Spielberger et al .,1994) Spielberger ได้ทำนายเชิงปฏิบัติการณ์เพื่อจะได้ง่ายต่อการวัด โดยพิจารณาประสบการณ์ความโกรธ ของบุคคลที่เกิดขึ้น(Spielberger et al .,1995:55 ; Spielberger, C.D. and Sydeman, S.J. , 1994:302) กล่าวถึงประสบการณ์ความโกรธในลักษณะกว้างๆ คือ ความโกรธแบบสภาวะ และความโกรธแบบลักษณะ ดังนี้

3.4.1.1 ความโกรธแบบสภาวะ (State Anger) เป็นสภาวะทางอารมณ์โกรธ และความรู้สึกที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นภายใน หรือภายนอก จากสถานการณ์ สภาวะแวดล้อม เช่น การสบประมาท การดูถูกเหยียดหยาม ความไม่ยุติธรรมหรือความคับข้องใจ หรือเกิดจากความคิดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีววิทยาและจิตวิทยา มีความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจเมื่อมีความโกรธที่สอดคล้องกับการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งมีหลายระดับ จากความหงุดหงิดเพียงเล็กน้อยหรือรำคาญ จนถึงโกรธอย่างรุนแรงและบ้าคลั่ง ความโกรธแบบสภาวะจะเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์

3.4.1.2 ความโกรธแบบลักษณะ (Trait Anger) เป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคลที่มีการรับรู้ความโกรธแตกต่างกัน โกรธบ่อยเพียงใดในช่วงของเวลา เช่น บุคลิกภาพเป็นคนที่โกรธง่ายโกรธยาก บุคคลที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับสูง จะมีการรับรู้สถานการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์โกรธคับข้องใจ มากกว่าคนที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับต่ำ บุคคลที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับสูง จะมีการเกิดความโกรธแบบสภาวะที่มากกว่า และรุนแรงกว่าเมื่อเกิดความรำคาญหรือความคับข้องใจ คนที่มีความโกรธแบบลักษณะในระดับสูง ไม่ได้หมายความว่า เป็นบุคคลที่มีความโกรธตลอดเวลา และรู้สึกรุนแรงในช่วงเวลาที่นานกว่า(Eckhardt, Dffenbacher, 1995)

3.4.2 การแสดงความโกรธ (The expression of anger) Spielberger et al., (1985) กล่าวว่า การแสดงความโกรธเป็นการแสดงออกของอารมณ์ตามสัญชาตญาณของมนุษย์ ซึ่งวิธีการแสดงออกความโกรธ ตามธรรมชาติอย่างหนึ่งก็คือการตอบสนองด้วยความก้าวร้าวเป็นการปรับตัว

ต่อภาวะคุกคาม เป็นการกระตุ้นในการแสดงอำนาจเพื่อต่อสู้หรือเพื่อป้องกันตัวเมื่อถูกรุกราน สามารถแสดงออกมาได้ 3 ทางได้แก่

1) ความโกรธภายนอก (Anger out) มี 2 ลักษณะคือการแสดงความก้าวร้าวออกมา ทั้งวาจาและพฤติกรรมกับบุคคลและทรัพย์สิน ได้แก่ การตะโกน ตะเถ็บ ทำร้าย ทบทำลาย และการแสดงความโกรธออกมาโดยการแสดงข้อคิดเห็น (Assertive) เป็นการแสดงความรู้สึกด้วยเหตุผลไม่ใช้การแสดงความรุนแรง ซึ่งเป็นการแสดงความโกรธที่ดีที่สุด

2) ความโกรธภายใน (Anger in) หรือการเก็บกดความโกรธ (Suppress Anger) หรือการแสดงความโกรธที่พุ่งเข้าสู่ตัวเอง ( Direct Anger inward ) สามารถเรียกได้ว่าการเก็บความโกรธไว้ภายใน (Anger in) โดยการหยุดคิดเกี่ยวกับความโกรธ และพยายามมองในแง่บวกเป็นการเก็บกดความโกรธ เอาไว้ในความคิดและความทรงจำ ทั้งที่ยังมีความรู้สึกโกรธอยู่ มักจะพบในการแสดงความโกรธของผู้หญิง ความโกรธที่ถูกกดเอาไว้จะหันมาที่ตัวเองมีผลต่ออารมณ์พฤติกรรม เกิดความก้าวร้าวแบบไม่แสดงออกโดยตรง มีผลทำให้เกิดโรคทางกายเช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจตามมา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความผิดปกติทางสุขภาพจิตเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพราะไม่เคยแสดงความรู้สึกโกรธต่อผู้อื่นโดยตรง ( Jong, 2000; Spielberger et al., 1999 ) การเก็บกดความโกรธไว้ภายใน โดยที่ยังมีตัวกระตุ้นความโกรธอยู่เป็นเวลานาน เช่น ยังมีเหตุการณ์ที่ทำให้มีความรู้สึกอึดอัดอย่างแรง การถูกลบหลู่ให้อับอายหรือความรู้สึกสิ้นหวังจะเป็นการสะสมความโกรธความดิ่งเครียดให้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะย้อนกลับเข้ามาทำให้ระเบิดความโกรธและความเดือดดาลออกมา (Tsytzarev and Grodnitsky, 1995) การสะสมความโกรธยังเป็นผลทำให้ความตระหนักรู้ในตนเองลดลง ทำให้การควบคุมสติไม่ให้ออกพฤติกรรมที่เกินเหตุลดลงเนื่องจากการยับยั้งจะกลายเป็นการคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับจินตนาการ ถึงความรุนแรงยังมีการเก็บกดความโกรธ หรือพยายามปรับแก้ความคิดอารมณ์ทางลบ และการจัดการให้เหมาะสมจะยิ่งทำให้มีความขัดแย้งในใจมากขึ้น เพราะเป็นความพยายามที่จะขัดขวางกระบวนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารตามปกติได้ (Pennebaker and Susman , 1988)

3) การจัดการความโกรธ (Anger Management, Claming) เป็นการสร้างความสงบตั้งแต่ภายในคือการพยายามที่จะจัดการหรือป้องกันการแสดงความโกรธ ด้วยพฤติกรรมไม่เหมาะสมไม่ได้เพียงแต่การจัดการภายนอกเท่านั้น แต่ยังจัดการการตอบสนองภายในของตัวเองด้วย โดยใช้ขั้นตอนที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยลง สงบตัวเองและปล่อยความรู้สึกรุนแรงให้บรรเทาลง

Eckhardt and Dffenbacher (1995) ได้กล่าวถึง ลักษณะการแสดงความโกรธไว้ว่า เมื่อบุคคลโกรธจะแสดงออกมามากน้อยทั้งในช่วงของเวลา และต่อสถานการณ์เดียวกันบางคนแสดง

ออกมาในทางลบ (การแสดงความโกรธภายนอก) บุคคลเหล่านี้อาจจะโจมตีทางคำพูดและทางร่างกายต่อผู้อื่น ต่อสิ่งของต่อตนเอง บางครั้งพฤติกรรมจะไม่ค่อยเปิดเผย แต่ยังคงแสดงออกภายนอกทางลบเช่น ขุ่นเคือง ไม่พูดจาหรือกล่าววาจาเสียดสี บางคนมีแนวโน้มที่จะระงับยับยั้งหรือเก็บกดความโกรธไว้ (การแสดงความโกรธออกภายใน) บุคคลเหล่านี้อาจแสดงความโกรธออกภายนอกเพียงเล็กน้อย แต่จะมีความปั่นป่วนและความเครียดอยู่ภายในเขาอาจ รับรู้ความโกรธเพียงเล็กน้อย บุคคลเหล่านี้อาจจะถอนตัวออกมาอย่างไม่เหมาะสม หรืออาจจะใช้การป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ แต่บางคนเมื่อมีความโกรธจะใช้ทักษะการจัดการอย่างสงบ และบรรเทาความโกรธโดยลดการกระตุ้น และจัดการด้วยความอดทนอย่างสงบมากกว่า (การควบคุมความโกรธ) บางคนจะใช้วิธีการที่เหมาะสมอื่นๆ เช่น การออกจากสถานการณ์ ( Time Out) การจัดการกับข้อจำกัด และใช้ทักษะในการเจรจาตกลง มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

Megargee (1996) กล่าวถึงการแสดงความโกรธในลักษณะของการเก็บกดเกินเหตุ หรือควบคุมการแสดงออกมากเกินเหตุ (Over-control) ที่จะก่อให้เกิดปัญหาการระเบิดอารมณ์ อย่างอย่างรุนแรงภายหลังเขาสร้าง Megargee 's Over - control Model สร้างขึ้นบนแนวคิดของพรอยด์ ที่เชื่อว่าผลกระทบของการห้ามจะพยายามเรียกพลังขับของความรู้สึกโกรธ ที่เก็บเอาไว้ จนกระทั่งเกิดแรงดันที่มากกว่า เหนือกว่าความสามารถ ที่บุคคลจะต่อต้านได้ออกมา Megargee (1996) ได้ศึกษาความรุนแรงของความโกรธและความขุ่นเคืองที่เป็นลักษณะ "Under control" หรือ "Over control " และสรุปรายงานว่า ผลที่ตามมาของความโกรธและกลไกในกระบวนการคิดในการยับยั้งจะเกิดมากขึ้นในผู้ที่มีความโกรธในระดับต่ำ และเกิดความโกรธที่รุนแรงตามมาภายหลัง ได้ Blackburn, 1997; Tice and Baumeister (1993) นำแนวคิดของ Megargee (1996) ไปศึกษาต่อได้ แบ่งความโกรธตามบุคลิกภาพเป็น 2 ชนิด คือ บุคลิกภาพแบบควบคุมความก้าวร้าวต่ำ (Under control Aggressive) มีลักษณะสำคัญคือ 1) ขาดการไตร่ตรองและยังคิด จะมีการแสดงความโกรธบ่อย 2) บุคลิกภาพแบบควบคุมอารมณ์มากเกินเหตุอย่างเรื้อรัง (Chronically Over-control) มีลักษณะสำคัญ คือ มีการยับยั้งความคิดและควบคุมอารมณ์โกรธมากเกินไป จะไม่ค่อยมีประสบการณ์การแสดงความโกรธบ่อยเพราะมีการจัดการตนเองโดยจะมีการยินยอม ต่อความต้องการของผู้อื่นมากเกินไปอย่างชัดเจน และหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจะไปสร้างตัวกระตุ้นความโกรธภายในให้ถึงจุดสูงสุด แล้วจะนำมาด้วยพฤติกรรมที่รุนแรงอย่างสุดขีด นอกจากนี้ Blackburn, 1997 ยังมีแนวความคิดว่าพวก Over - control คือ ผู้ที่มีการยับยั้งความโกรธที่มากเกินไป ส่งผลให้การควบคุมตนเองตามปกติเสียไป มีการควบคุมหรือปฏิกิริยาควบคุมภายในสูง ซึ่งเป็นการควบคุมที่ผิดปกติ ทำให้มีการแสดงความโกรธในระดับต่ำ เขาแบ่ง Over - control ออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่สอดคล้อง "Conforming Type" จะมีลักษณะปฏิเสธความโกรธที่ตนเองมี และพยายามอธิบายว่า

เป็นเหมือนความวิตกกังวลซึ่งจะเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ และชนิดที่ยับยั้ง “Inhibit Type” จะมีประสบการณ์ความโกรธที่รุนแรงหรือแข็งกร้าว แต่มีความยากลำบากมากที่จะแสดงความโกรธ จึงหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และมีรายงานว่าบุคคลเหล่านี้จะมีความซึมเศร้า และมองภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวเองไม่ดี

สรุป ความโกรธหรือ การแสดงความโกรธ(Anger expression) ประกอบด้วย 1) ความโกรธภายนอก (Anger out) มี 2 ลักษณะคือ การแสดงออกอย่างรุนแรง (Aggression) และการแสดงออกด้วยเหตุผลข้อคิดเห็น (Assertive ) 2) ความโกรธภายใน (Anger in) 3) การจัดการความโกรธ (Anger Management ) เป็นการจัดการภายในจิตใจให้สงบ ก่อนที่จะแสดงความโกรธภายนอก และเก็บกดไว้ภายใน

การศึกษาความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาให้เห็น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ชัดเจนมากกว่าการวัดประสบการณ์ความโกรธ โดยเฉพาะความโกรธแบบลักษณะ(Trait Anger) นั้นแสดงถึงอุปนิสัยเดิมของบุคคลปกติ สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตอาการทางจิตที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงอาจไม่ได้มาจากอุปนิสัยเดิม แต่อาจเกิดจากปัจจัยภายใน เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ฉะนั้นในผู้ป่วยจิตเภทจึงศึกษาเฉพาะการแสดง ความโกรธ ซึ่งเป็นข้อมูลจริงของผู้ป่วยในปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ดังนั้นเพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเฉพาะการแสดง ความโกรธเท่านั้น

### 3.5 ความโกรธและการแสดงความโกรธ ในผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.5.1. สาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

3.5.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ สาเหตุของความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท มีสาเหตุที่สำคัญจากพยาธิสภาพของโรคทาง Biopsychology มีความผิดปกติของระบบสารเคมีในสมอง คือ มีDopaminergic hyperactivity และพบว่าการทำงานของ Serotonine ลดลงทำให้มีความผิดปกติในกระบวนการคิดและมีความบกพร่องในการรับรู้ มีการหลงผิดประสาทหลอน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่ว่าจะมีหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตน เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง หลงผิดคิดว่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเรื่องของตน หรือถูกนินทาว่าร้าย หลงผิดเนื่องจากอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงด่าว่า เสียงคำหับ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นความคิดภายในทำให้เกิดความโกรธ ด้านสภาวะทางจิตมีความคิดสับสน ความแปรปรวนของอารมณ์ของผู้ป่วยเกิดจากการต่อต้านภายใน ทำให้ถูกกระตุ้นและเกิดความกดดันได้ง่าย ผู้ป่วยมีการพลุ่งพล่านและระเบิดอารมณ์โกรธง่าย สืบเนื่องมาจากการขาดการแปลความเจตนา

ของผู้อื่น พุถึงตัวเองในด้านลบ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา และล้มเหลวในการพิจารณาถึงการทำของตนเอง พร่องในการรับรู้ความเป็นจริง ( Paivio, 1999) ผู้ป่วยที่ได้แสดงความโกรธออกมาจะทำให้มีความรู้สึกผ่อนคลายชั่วขณะ และจะตามมาด้วยความรู้สึกผิดหวัง ขาดหน้าอับอายและซึมเศร้า

3.5.1.2 ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบบ่อย มักจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ( High expression-emotion ;High EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์(criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้ขงเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) หรือสภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบอารมณ์โกรธ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทมักถูกคนในสังคมล้อเลียนต่างๆ ถูกมองในแง่ลบ ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากคนในสังคม ถูกเอาเปรียบ ได้รับการดูถูกเหยียดหยามดูประณามว่าเป็นคนบ้าบอ ถูกรังเกียจได้รับการปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรม ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถจำกัดในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และทนต่อความคับข้องใจได้น้อย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธแบบสภาวะ ได้แก่ การกักขัง การแสดงท่าทางหงุดหงิดรำคาญ การแสดงสีหน้าเบื่อหน่าย ญาติหรือผู้ดูแลแสดงท่าทางเฉยเมย ไม่พูดคุย เบื่อหน่าย การดูต่ำ การพูดประชดประชัน กระแทกสิ่งของปังปัง การดูถูกเหยียดหยาม

3.5.1.3 ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม ป่วยจิตเภทที่เกิดจากครอบครัวที่มีความเครียดสูง หรือจากเกิดจากสภาพสังคมที่บีบคั้น มักมีการเรียนรู้การแสดงออกทางสังคมและการแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะทางสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การมองตนเองและมองผู้อื่นแคบ การเรียนรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาและการปรับตัวจึงมีจำกัดทำให้มีความด้อยในการควบคุมอารมณ์ จึงแสดงความโกรธออกมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Chan, 2003 ; Jung, 2000 and Paivio, 1999) ผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวมักจะมีอาการจำกัดในการมองตนเอง มักมองตนเองและมองผู้อื่นแคบ อีกส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตแสดงอารมณ์ที่ก้าวร้าวรุนแรงอย่างไร เมื่อเกิดความกดดันผู้ป่วยมักจะแสดงออกอารมณ์ตามที่ตนเองเคยมีประสบการณ์เพื่อลดความกดดันของตน

3.5.2. การแสดงความโกรธ ในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการจัดการความโกรธ และมีการจัดการความโกรธไม่ดี (Chan, et al., 2003; Jung, 2000 and Paivio, 1999) จึงมักแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งปรากฏออกมาในทางทำลายทรัพย์สิน ทำลายข้าวของหรือทำร้ายบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็นอันตรายมากที่สุด และการแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) อ้างในพะยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง ยังมีความโน้มเอียงที่จะมี

ความโกรธ และถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงขึ้นได้อีก (Kay et al., 1992) มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรจิตเภทบางส่วนที่มีอาการรุนแรง จะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัว และคุกคามบุคคลในชุมชนได้ (Anders , 2000) อ้างใน สุขมณฑา บุญชัย (2545) ผู้ป่วยโรจิตเภทโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหวาดระแวง มีอาการหลงผิดหูแว่วและประสาทหลอน โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ ของการเจ็บป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการแสดงอาการโกรธด้วยพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจะพบในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล (Hillard and Zitek , 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Novaco (1994) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงในสังคมได้สูง

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ

4.1 กลุ่มแนวคิดจิตวิทยาวิเคราะห์ (Psychodynamic Approach) เชื่อว่าความโกรธและความก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ (Chess and Hassibi, 1978) แรงขับที่สำคัญที่สุดคือแรงขับทางเพศ (Berkowitz , 1997) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งสำคัญในแนวคิดนี้คือความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุม เพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Glueck, 1940 cite in Eisenman, 1992) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความรุนแรงในลักษณะอาการที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้ การแก้ปัญหของความรุนแรงนี้จึงกระทำโดยส่งเสริมให้แสดงออกมาในทางที่สังคมยอมรับในลักษณะทดแทน

4.2 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavioral Approach) มองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ซึ่งแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการตีความรับรู้สิ่งเหล่านั้นต่างกัน ไป ปฏิกิริยาความคิดที่คลาดเคลื่อน (cognitive error) จะทำให้การใช้เหตุผลผิดไป เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา ความคิดในแง่ลบที่พบบ่อยๆ ได้แก่ เวลาเกิดเหตุการณ์ไม่ดี ก็คิดว่าต่อไปจะเกิดเหตุการณ์ไม่ดีขึ้นอีก (overgeneralization) คิดโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุของเรื่องร้าย (personalization) มองโลกเป็นสองขั้วคือ ไม่ดีก็เลย (black and white thinking) มองแต่ปัญหาเล็กๆ ทำให้เรื่องทั้งเรื่องแย่ไปหมด (catastrophising) สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นมักมีคุณค่าน้อย (disqualifying the positive ) มีความคิดตายตัวว่าตนเองหรือผู้อื่นต้องประพฤติตัวอย่างไร (should and must) ค่วนสรุปจากเหตุการณ์เดียว (jumping to conclusions) ความโกรธเป็นอารมณ์ชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น (Ben Weinstien and Tapanya , 2005) โดยนักปรับพฤติกรรมทางปัญญา ได้อธิบายความเชื่อดังนี้

- 1) กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม
- 2) กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้

3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

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

Meichenbaum (1977) พัฒนาเทคนิคการฝึกการสอนตนเอง (Self – Instruction Training) เป็นงานวิจัยที่อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ แบบการกระทำเป็นทฤษฎีพื้นฐาน โดยฝึกผู้ป่วยจิตเภทพูดตามที่เขาให้พูด พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเหล่านั้นดีขึ้น จึงพัฒนาเทคนิคโดยให้คนพูดภายในใจของตนเอง การเตือนตนเอง (Self – Monitoring) เนื่องจากพฤติกรรมจำนวนมากที่ไม่สามารถสังเกตและบันทึกโดยบุคคลอื่นได้ จึงให้ผู้ที่กระทำพฤติกรรมเป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง เรียกว่าการเตือนตนเอง ข้อดีคือทำให้เกิดความตระหนักของผลกระทบ การฝึกปฏิบัติจนเกิดความเคยชินแล้ว สามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ จะช่วยทำให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง อาจนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ตนเองกำลังสังเกตและบันทึก ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น Meichenbaum (1977) อธิบายว่ากระบวนการทางปัญญาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

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) กระบวนการทางปัญญาในลักษณะกระบวนการของการรู้คิด (Cognitive process) ที่จะจัดการกับข้อมูลที่เข้ามาสู่บุคคล เลือกว่าจะให้ความสนใจ ในเรื่องใด เวลาใดและเลือกวิธีประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอใจ โดยกระบวนการต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

3) กระบวนการทางปัญญาในลักษณะของโครงสร้าง (Cognitive structure) โครงสร้างของการคิด ประกอบด้วย บุคลิกลักษณะนิสัยส่วนตัวของแต่ละบุคคล การตระหนักในสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่แฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ และเป้าหมายของแต่ละบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินสถานการณ์ต่างๆ

4.3 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach) เชื่อว่าปัญหาการแสดงพฤติกรรม ความโกรธ เป็นการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนได้ โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่โดยใช้ พฤติกรรมบำบัด(Behavior therapy) มีหลักการคือพฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรม ที่เป็นปัญหาเกิดจากการคงอยู่ของการเรียนรู้ที่ผิด การเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่

Kalish , 1981;Yates, 1975; Fischer ; Gochros, 1975 and Ross, 2000) อังโน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต(2550) ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมว่า เป็นการนำเอาหลักแห่งพฤติกรรมมา ประยุกต์ใช้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นวิธีการแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมที่ ดำเนินการง่ายและมีประสิทธิภาพ ความจริงมนุษย์มีปัญหา มีความ คิดมีความรู้สึก ปังจัยภายใน เหล่านี้มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล มากกว่าปังจัยภายนอก และปังจัยภายนอกเป็นเพียงตัว เอื้อ ให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าที่จะเป็นปังจัยหลัก Bandura (1973) มีความเชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนที่เรานั้นเกิดจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ ตรง ที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก นอกจากจะเสียเวลาแล้ว ยังมีโอกาสเกิดอันตรายได้ในบาง พฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้ง ความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กันซึ่ง ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ 2) เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น 3) ชะงักการเกิดของ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผลจากการนำไปใช้พบว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพมาก ในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเรา การ ชะงักการระงับ (Disinhibition) คือการเสนอสิ่งเร้าใหม่ในระหว่าง กระบวนการเรียนรู้การวาง เงื่อนใจตอบสนอง การฝึกการกล้าแสดงออก (Assertive Training) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ พัฒนา ขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้อย่างเหมาะสม สมเมื่อถูกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า (Salter, 1994 อังโน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) เชื่อว่าผู้ป่วยที่เป็น โรคจิตและบุคคลที่มีปัญหาในการ แสดงออกทุกคน ควรได้รับการฝึกในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ฝึกการพูดแสดงความรู้สึก 2) ฝึกการ แสดงออกทางสีหน้าให้เป็นไปตามลักษณะของอารมณ์ 3 )ฝึกการแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับ ความคิดเห็นของผู้อื่น ในกรณีที่ไม่เห็นด้วย 4) ฝึกที่จะใช้คำว่า ผม/ ดิฉัน 5) ฝึกที่จะแสดงการเห็น ด้วยเมื่อได้รับคำชม 6) ฝึกการแสดงออกทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วผสมผสานกันไป แต่ก็มีจุดอ่อนถ้า ไม่ได้แยกแยะสภาพ แวดล้อมที่เป็นปัญหา แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับมากในหมู่นักปรับพฤติกรรม และนักจิตวิทยาในปัจจุบัน เป็นการแสดงออกเพื่อ ให้เป็นที่ยอมรับโดยไม่แสดงความก้าวร้าว ออกมา Serber and Nelson (1971) อังโน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2550) ได้ฝึกการกล้าแสดงออก กับผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 14 คนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยฝึกการพูดเมื่อมี



ความรู้สึกไม่พอใจ กล่าวที่จะบอกผู้อื่นถึงความรู้สึกของตนเอง พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

Mahoney (1974) อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2550) กล่าวว่า เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ได้แก่ การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ต้องอาศัยกระบวนการภายในของบุคคลซึ่งได้แก่ การจินตนาการ โดยอาศัยแนวคิดที่ว่า ตัวแปรภายในบุคคล มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

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

4.4 แนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco Novaco (1985) ได้ประยุกต์เทคนิคการสอนตนเองของ Meichenbaum (1977) มาใช้ในการจัดการกับความโกรธ โดยพัฒนารูปแบบการจัดการความโกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

4.4.1 ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognition) ปฏิกิริยาทางกาย (Physiological response) และลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นให้เกิด และผลทางบวกและลบของความโกรธนั้นในระยะนี้แต่ละบุคคลจะถูกสนับสนุน ให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง ให้พยายามแยกแยะ และจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นทำให้โกรธ และลักษณะการตอบสนองความโกรธที่ผ่านมา สนับสนุนให้บุคคลทราบถึง รูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด ทำทายด้วยความคิดที่มีเหตุผล และสมมติฐานที่แต่ละบุคคลสร้าง เช่นการแปลการกระทำของผู้อื่น โดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรม เพื่อให้คิดระวังและหยุดยั้งปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ ตัวอย่าง เช่นบุคคลอาจจำได้ว่า การเข้าเหย้า ล้อเลียนด้วยบุคคลอื่นเป็นการนำสู่การกระตุ้นทางกาย ซึ่งจะนำสู่การระเบิดของพฤติกรรมรุนแรง บุคคลก็จะพยายามหยุดยั้งปฏิกิริยาทางนั้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก

4.4.2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) ฝึกให้เรียนรู้ทักษะการจัดการความโกรธต่อการตอบสนองสถานการณ์ที่มากระตุ้น การผ่อนคลาย ทักษะทางสังคม และการแก้ปัญหา โดยเน้นการฝึกสอนตนเอง ในระยะนี้จะให้บุคคลได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ซึ่งจะทำให้พวกเขาสามารถ

จัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยวิธีที่ได้ผลมากกว่า ในรูปแบบการฝึกทักษะในการคิดและพฤติกรรม ซึ่งทักษะการนี้คิดจะมีอำนาจเหนือความท้าทายโดยอัตโนมัติ โดยกระบวนการความคิดที่เป็นเหตุผลเป็นไปได้ โดยการฝึกซ้อมอย่างดี เช่น ให้พูดคำว่า “หยุด” เมื่อรูปแบบความคิดสามัญปรากฏออกมา การพูดกับตัวเองเช่น “ฉันสามารถจัดการสถานการณ์นี้ในวิธีการที่ได้ผล มากกว่าที่จะตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมเหมือนอย่างที่เคยผ่านมา” สอนทักษะพฤติกรรมต่างๆ ประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคม การสื่อสาร และการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายมีส่วนช่วย 2 วัตถุประสงค์ คือ

- 1) สอนให้บุคคลได้ผ่อนคลายซึ่งจะทำให้ความตึงเครียดน้อยลง
- 2) สอนให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ และการฝึกพูดแสดงความรู้สึก (Assertive) ทำให้บุคคลบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรง เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลบรรลุความต้องการได้อย่างสงบและได้ผล โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องตามสมควร

4.4.3 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยฝึกการจินตนาการ (Imagery) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role- Play) และการมอบหมายให้ทำการบ้าน จากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง ในระยะสุดท้ายนี้ ผู้เรียนจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะของพวกเขาในการควบคุมด้วยอารมณ์ของตนเอง โดยใช้บทบาทสมมุติ นำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มด้วยจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยและค่อยทำต่อในฉากสถานการณ์ที่ยากขึ้น ด้วยการฝึกหัดตั้งแต่ต้นจนจบโดยจะได้รับการสนับสนุนควบคุมจากผู้สอน จนผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุม ไปสู่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การให้สถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกคิดก่อนว่า เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นแล้วจะอย่างไร จากนั้นจึงฝึกให้กระทำ โดยใช้เทคนิคการสอน การใช้ตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปราย การให้ข้อมูลป้อนกลับ การฝึกทำซ้ำๆ และการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การใช้เทคนิคเหล่านี้ จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการสังเกตและฝึกกระทำ เช่น เมื่อมีความโกรธควรจัดการความโกรธอย่างไร และจะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรู้ว่าเราโกรธอย่างไรเกิดการเรียนรู้ การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Novaco (1994) ได้จัดทำโปรแกรมการจัดการความโกรธ โดยมีหลักสำคัญของการจัดการความโกรธ คือ (a) เปลี่ยนความโกรธไปในทางที่สร้างสรรค์เท่าที่จะทำได้ (b) ถ้าไม่สามารถจัดการความโกรธในทางสร้างสรรค์ ก็ควรรหาทางระบาย โดยการออกกำลังกาย การหัวเราะ หรือใช้เทคนิคการทำให้สงบ ( Thomas,2001 cited in Valentine,2001) ผู้ที่มีนิสัยเก็บกดความโกรธจนเป็น

ความเคยชิน จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการแสดงความโกรธที่เหมาะสม การพูดเพื่อแสดงความรู้สึกหรือ ยืนยันความต้องการของตนเอง มีงานวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่าการพูดให้ผู้อื่นรับฟังตรงๆ ได้ เมื่อมี สิ่งมากระตุ้นมีประโยชน์ (Ausbrooks, Thomas and wilams, 1995; Droppleman and Wilt, 1993; Thomas and Donnellan, 1993 cited in Valentine, 2001) พบว่าคนที่จัดการความโกรธได้จะมีความ คั้นโลหิตต่ำกว่าคนทั่วไป ความโกรธมีความสัมพันธ์กับความเครียดและ ความซึมเศร้า การมีความ โกรธแล้วเก็บซ่อนปิดบังไว้ ทำให้เกิดความเครียดและความซึมเศร้าในระดับต่างๆ ได้ พบว่าความ โกรธมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกมีคุณค่าการมองโลกในแง่ดี กล่าวแสดงความคิดเห็นเมื่อ มีความ โกรธทำให้มีการทบทวนเหตุการณ์ และมีการวางแผนแก้ปัญหา ทักษะในการจัดการกับ ความคับข้องใจ การหลีกเลี่ยงและการประนีประนอม (Valentine, 2001 and Thomas, 1998) และ ควรทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ

4.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท จากแนวคิดพฤติกรรมปัญญา นิยมที่ว่า การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรมภายในย่อมต้องส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นรูปแบบในการฝึกผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความโกรธ จึงควรฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะทางปัญญา ในการจัดการความโกรธและสามารถนำไปใช้เมื่อเกิดปัญหา หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธความก้าวร้าวได้ พบว่าส่วนใหญ่ใช้แนวคิด กลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยม ในการแก้ปัญหาผู้ที่มีปัญหาเรื่องความ โกรธกันมาก Miller and Berman (1983) อังโน สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต (2550) ได้ทำการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis ถึงประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมทางปัญญา พบว่าการปรับ พฤติกรรมทางปัญญา หรือแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม ให้ผลดีกว่ามีข้อมูลหลักฐานว่า Cognitive Behavioral Therapy เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความคิดที่บิดเบือนที่กระตุ้นให้เกิดความ โกรธ (Deffenbacher, 1992) และการทำกลุ่มเล็กๆสามารถลดความโกรธได้ดีอย่างมีนัยสำคัญ (Thoreson, Luskin and Harris, 1998 cited in Novaco, 1994)วิธีการที่ใช้ในการจัดโปรแกรมในการ ลดความ โกรธ และเพิ่มการจัดการความโกรธนั้น Eron แนะนำว่า วิธีการในแนวการปรับพฤติกรรม ทางปัญญา หรือแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมจะช่วยให้ประสบความสำเร็จได้ (Eron, 1995 cited in Kassinove and Eckhardt, 1995) มีการศึกษาพบว่าการใช้วิธีในแนวการปรับพฤติกรรมทางปัญญา สามารถลดอาการทางจิตและความโกรธในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตได้ และวิธีการจัดการ ความโกรธตามแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมก็คือ การจัดการความโกรธโดยการสงบจิตใจ การผ่อนคลายอารมณ์อย่างรวดเร็วเท่าที่เป็นไปได้ และการควบคุมตนเองอันจะนำมาซึ่ง การควบคุมความเครียดของร่างกาย การรับฟังผู้อื่น การพยายามไกล่เกลี่ย จะช่วยลดการแสดง อารมณ์โกรธได้มากอย่างหนึ่ง

## 5. โปรแกรมการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้เป็นการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการแสดงความโกรธของผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการศึกษาของสิรินภา จาติเสถียร (2547) ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) โดยการจัดการความโกรธแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco(1975) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 ฝึกให้ผู้ป่วยรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความโกรธ โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกคิดถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ และฝึกคิดถึงผลของความโกรธ เพราะความโกรธเป็นตัวกระตุ้นภายใน ที่ทำให้แสดงพฤติกรรมรุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ

ขั้นที่ 2 ระบุเรียนรู้ทักษะ โดยการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยยับยั้งความโกรธ เมื่อผู้ป่วยรู้ถึงสภาวะของความโกรธของตนเอง จากอาการบ่งชี้ทางกายที่จะแสดงว่าจะเกิดความโกรธ โดยร่างกายเริ่มเกิดอาการตึงเครียด และความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ เริ่มที่จะเกิดขึ้นในจิตใจ ก็จะต้องจัดการยับยั้งความรู้สึกโกรธนั้นก่อน นั่นคือผู้ป่วยจะต้องฝึกจัดการความโกรธของตนเอง วิธีการฝึกจัดการความโกรธ ได้แก่

1) การหายใจเข้าลึกๆ เป็นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างหนึ่ง ซึ่งใช้ได้ ผลกับร่างกายและจิตใจโดยเมื่อคนเรารู้สึกโกรธ หรือวุ่นวายใจ จะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัว เหงื่อออก การหายใจเข้าลึกๆ จะช่วยเพิ่มการระมัดระวังการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถควบคุมการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ควบคุมปฏิกิริยาความคิด ความรู้สึก หรืออารมณ์ทางลบ และความกังวลได้

2) การนับในใจจะช่วยหันเหความสนใจต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นได้

3) การคิดจินตนาการถึงสิ่งดีๆ มีความสุขจะช่วยให้ควบคุมสติและสงบได้

4) การอยู่ในเหตุการณ์ที่กระตุ้นทำให้รู้สึกโกรธ อาจทำให้ไม่สามารถจัดการความโกรธได้ บางครั้งจึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์นั้นก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และป้องกันการแสดงความโกรธออกมา

ขั้นที่ 3 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น โดยให้ผู้ผู้ป่วยนำสถานการณ์ที่เคยทำให้เกิดความโกรธ นำมาแสดงบทบาท และเลือกใช้วิธีการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสมสำหรับตนเอง ตามที่ได้เรียนรู้และได้รับการฝึกมาใช้ในสถานการณ์นั้น

การให้สถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกคิด ว่าเมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นแล้วจะทำอย่างไร จากนั้นจึงฝึกให้กระทำ โดยใช้เทคนิคการสอน การใช้ตัวแบบการแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปราย การให้ข้อมูลย้อนกลับ การฝึกทำซ้ำๆ และการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การใช้เทคนิคเหล่านี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

โดยการสังเกตและฝึกรกระทำ เช่น เมื่อมีความโกรธควรจะจัดการความโกรธอย่างไร และจะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรู้ว่าเราโกรธอย่างไร เกิดเป็นการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ศึกษามีเป้าหมายในการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธโดย

- 1) ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าสถานการณ์ ความคิดอย่างไรที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความโกรธและแสดงพฤติกรรมความโกรธที่รุนแรง
- 2) ทักษะที่สามารถใช้ในการลดความโกรธในขณะที่อารมณ์รุนแรงได้แก่ การนับในใจ การหายใจ การใช้จินตนาการ และในระยะที่อารมณ์เริ่มสงบให้ผู้ป่วยใช้ทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การใช้ความคิดจัดการกับความโกรธ

## 6. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธ

พยาบาลมีโอกาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการเปลี่ยนความโกรธ เป็นไปในทางสร้างสรรค์ โดยการฝึกหัดให้สามารถจัดการกับความเครียด และป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542 และ อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

6.1 การประเมินสถานะทางจิต (Mental Status) คัดกรองอาการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอารมณ์โกรธ ความคิดที่ก่อให้เกิดความโกรธ และพฤติกรรมที่แสดงความโกรธออกทางกาย วาจา สภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน ผลกระทบจากการแสดงอารมณ์โกรธ

6.2 การวางแผนให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ของกรมสุขภาพจิต (2542) โดยเน้นความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย ทำร้ายผู้อื่น และดำเนินการตามแผนการพยาบาล ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น โดยประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัด BPRS ถ้าพบว่ามีคะแนนสูงกว่า 30 ส่งพบแพทย์ และสังเกตพฤติกรรมการแสดงความโกรธ จำกัดพฤติกรรมเมื่อจำเป็น จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกและปลอดภัย

6.3 สร้างสัมพันธภาพบำบัดโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก เน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยจิตเภท เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่อาจสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้อื่นได้ จึงถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม โดยเริ่มจากให้รู้จัก การพูดคุยเล่าทุกข์ สุข กล้าพูดบอกเมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป

6.4 ส่งเสริมการจัดการอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท จะแสดงออกมาในรูปแบบความผิดปกติของพฤติกรรม เน้นที่ความสามารถในการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจแล้ว ไม่ควรมีการโต้เถียงรุนแรงขว้างปาสิ่งของ (สุนันทา บุญชัย, 2545)

6.5 การทำงานเป็นทีม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยจากการคัดกรอง เสนอแนะ แนวทางแก้ปัญหา ร่วมปรึกษา และประสานงานกับบุคคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

6.6 ให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาต่างๆ ทางจิตเวช การดูแลสุขภาพร่างกาย การจัดการกับปัญหาส่วนตัว การเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่น การไปทำบุญที่วัด การเข้าร่วมชมรมในท้องถิ่นมีประโยชน์มาก เพราะผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะปรับตัวได้พบปะผู้อื่นในสังคม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดี

6.7 เป็นที่ปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่บ้าน สำหรับครอบครัวผู้ป่วย เรื่องของอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช การจัดการกับอาการทางจิต

6.8 ให้การบำบัดทางจิต ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หรือการบำบัดครอบครัวตามสภาพของปัญหาและความต้องการ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ กับผู้อื่น แบบพึ่งพาอาศัย เกื้อกูลซึ่งกันและกัน แทนความสัมพันธ์แบบข่มขู่ผู้อื่น

6.9 นอกจากนี้พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ เพื่อประเมินและให้ข้อมูลเพื่อการดูแลก่อนส่งไปพบแพทย์ ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหด หรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลังเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบมากที่สุดจากยา Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและ ผู้สูงอายุ ส่วนฤทธิ์ Extra- pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบคือ

6.9.1 Parkinsonism Syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (Tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (dyskinesia) หน้าตาเฉยเมย เหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like face)

6.9.2 Acute Dystonia อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (Torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นด้านบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน

6.9.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (Agitation)

6.9.4 Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือแก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสูดปาก เลียและคูดริมฝีปากแลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยวขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก การเคลื่อนไหวไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

## 7. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดแบบกลุ่ม (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

7.1 พิจารณาและตัดสินใจวาง โครงสร้างของกลุ่ม และกำหนดรูปแบบในการเนินกลุ่ม เมื่อเริ่มกลุ่มพยาบาลจะพิจารณาว่าควรจะให้ เป็นประเภทกลุ่มปิด หรือกลุ่มเปิดและเมื่อดำเนินกลุ่มแล้วก็พิจารณาว่าควรกำหนด โครงสร้างว่าให้ เป็นกลุ่มที่มีการกำหนด โครงสร้างของการดำเนินกลุ่มหรือกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้างของกลุ่ม

7.2 พิจารณาคุณกลุ่มมีเป้าหมายอย่างไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร และช่วยนำสมาชิกให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายและจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

7.3 สร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีความเป็นมิตร มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้การสนทนาในกลุ่มเป็นไปตามลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ไม่เกิดบรรยากาศของการชิงดีชิงเด่น หรือบรรยากาศแห่งการลงโทษซึ่งกันและกัน

7.4 ใช้กลุ่มและกระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาการสื่อความหมายของพยาบาล ผู้นำกลุ่มควรจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ในการสื่อความหมายที่ชัดเจน โดยการถามสมาชิกถ้าไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจสมาชิกกลุ่มถูกต้องหรือโดยการพูดเปิดเผยความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสื่อความหมายที่ไม่ชัดเจนที่เห็นได้ในกลุ่ม

7.5 พยาบาลผู้นำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกที่เงียบเฉย ให้มีส่วนร่วมให้มากขึ้น หากทางให้กลุ่มร่วมรับผิดชอบที่จะนำสมาชิกที่เงียบเฉยเข้ามามีส่วนร่วมมนกลุ่มให้มากขึ้น และหากว่ามีสมาชิกของกลุ่มคนอื่นๆที่ผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว พยาบาลผู้นำกลุ่มก็ต้องหาทางยับยั้งพฤติกรรมนั้นเสีย ให้กลุ่มมีส่วนร่วมในบทบาททั้งสองนี้

7.6 แสดงออกซึ่งภาวะความเป็นผู้นำ ไม่ว่าผู้นำกลุ่มแบบใด แบบอัตตาธิปไตย ประชาธิปไตย หรือปล่อยตามสบาย จำเป็นต้องควบคุมแนวทางการดำเนินกลุ่ม พยาบาลผู้นำกลุ่มจะปล่อยกลุ่มให้เป็นไปตามที่กลุ่มต้องการไม่ได้ เพราะกลุ่มมักจะออกนอกทางและผิดวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะถ้าเป็นกลุ่มที่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ระเบียบการเข้ากลุ่ม

7.7 พยาบาลผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสถาบันสุขภาพจิตเป็นผู้ที่จะให้คำตอบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มควรรู้ เป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพและให้ความรู้ด้านอื่นๆตามความเหมาะสม

7.8 พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ด้านการสื่อความหมายที่ชัดเจน ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ที่กำลังต้องการขอความช่วยเหลือ โดยช่วยเหลือสมาชิกให้รู้จักนำพลังความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ช่วยสมาชิกกลุ่มให้ระหนักถึงศักยภาพที่แฝงอยู่ในตัวเขา

## 8.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศไทย

ทัศนัย วงศ์สุวรรณ (2542) ได้พัฒนาแบบวัดการแสดงความโกรธ ขึ้นจากแบบวัดสภาวะลักษณะและการแสดงความโกรธ 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 ประกอบด้วย อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสาขาจิตวิทยาการปรึกษา 3 ท่าน และอาจารย์ประจำคณะจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญด้านการทดสอบทางจิตวิทยา 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนวคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามคำจำกัดความ และนำผลการตรวจสอบมาคัดเลือกโดยถือเกณฑ์ตัดสิน 3 ใน 5 ท่าน นำไปหาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดในมาตรการเก็บความโกรธไว้ภายในเท่ากับ.90 มาตรการแสดงความโกรธออกภายนอกเท่ากับ.87 และมาตรการควบคุมความโกรธเท่ากับ .92

ทัศนัย วงศ์สุวรรณ (2542) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น โดยทำการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบก่อนและหลังการทดลองสามารถลดความโกรธโดยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีประวัติว่าเคยแสดงความก้าวร้าว จำนวน 16 คน มีคะแนนการแสดงความโกรธออกภายนอก มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 และคะแนนการควบคุมความโกรธต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 25 สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 8 คนและกลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เป็นเวลา 7 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 20 ชั่วโมง โดยเครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบวัดประสบการณ์ความโกรธและ



การแสดงความโกรธ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสำรวจความโกรธแบบสภาวะ-ลักษณะและการแสดง ความโกรธของ Spielberg(1996) ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีการแสดง ความโกรธ ออกภายนอกลดลงและสามารถควบคุมความโกรธได้ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างนัยสำคัญทาง สถิติที่ ระดับ .05

หรรษา แก้วพูลปกรณ์ (2541) ได้ทำการวิจัยผลของการฝึกควบคุมความโกรธและทักษะ ทางสังคมที่มีต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิคอุดรดิตต์ อายุ 15 - 18 ปี จำนวน 20 คนทำการทดลองแบบกลุ่มทดลองมีกลุ่ม ควบคุม สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วยการฝึก 3 องค์ประกอบ คือ การฝึกควบคุมความโกรธ การสอนพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของสังคม และการ สอนจริยธรรม ในส่วนการฝึกควบคุมความโกรธได้ใช้แนวคิด การควบคุมความโกรธของ Novaco(1985) ใช้วิธีการตัวแบบ (Modeling) การแสดงบทบาท (Role play) และการให้ข้อมูล ป้อนกลับต่อการกระทำ (Performance feedback) กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการควบคุมความโกรธ และทักษะทางสังคม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง การเก็บรวบรวมโดยการ ตอบแบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าว ในระยะก่อนทดลองและสิ้นสุดการทดลอง และการสังเกต พฤติกรรมก้าวร้าวแบบช่วงเวลา ในระยะเสันฐาน ระยะทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัย พบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังการทดลองน้อยกว่า ระยะการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### การศึกษาที่เกี่ยวข้อง

สิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำแนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) ไปพัฒนาใช้ในการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทใน ร.พ ศรีธัญญา แผนก ผู้ป่วยใน ที่มีประวัติเอะอะก้าวร้าวตนเองและผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ จำนวน 20 คน โดยแบ่ง ผู้ป่วยชาย 13 คน ผู้ป่วยหญิง 7 คน เข้ากลุ่มทดลองตามโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้ ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธและ แบบวัดการแสดง ความโกรธ 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง ชั้นสิ้นสุดการทดลอง และชั้นติดตามผล หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิต เภท สามารถลดคะแนนการแสดง ความโกรธของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และเพิ่มคะแนนการควบคุมความโกรธ และคะแนนความรู้ในการควบคุมความโกรธใน ระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

### งานวิจัยต่างประเทศ

Chemtob et al., (1997) ได้นำแนวความคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) ไปใช้ควบคุมความโกรธในทหารผ่านศึกเวียดนาม ที่มีอาการเครียดภายหลังเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ (Post Traumatic Stress Disorder) และมีการแสดงความโกรธอย่างรุนแรง โดยใช้กลุ่มทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 7 คน ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่ม 12 ครั้ง วัดคะแนนการแสดงความโกรธและการควบคุมความโกรธก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 18 เดือน พบว่าได้ผลกับการลดปฏิบัติการความโกรธ และความสามารถในการควบคุมความโกรธได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Taylor et al., (2002) ได้นำโปรแกรมการควบคุมความโกรธโดยใช้กระบวนการจัดการความคิด-พฤติกรรม มาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเครียดทางปัญญา โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 9 คน ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 10 คน มีโปรแกรมการทำการรักษาเป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล 18 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chan, Lu, Tseng, and Chou (2003) ได้นำรูปแบบการควบคุมความโกรธของ Novaco(1975) ไปใช้ในการควบคุมการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน ในรูปแบบการทำกลุ่มตามโปรแกรมจำนวน 10 ครั้ง ใช้แบบวัดการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) วัด 4 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังทำกลุ่มในครั้งที่ 5 หลังสิ้นสุดกลุ่มครั้งที่ 10 และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมการควบคุมความโกรธ สามารถลดการแสดงออกความโกรธ และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Davey, Day, and Howells(2005). ได้มีการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลความโกรธระดับสูง แต่มีการควบคุมในระดับต่ำหรือไม่แสดงความโกรธออกมา กับผู้ที่มีประสิทธิผลความโกรธระดับต่ำ หรือแสดงออกความโกรธระดับต่ำแต่ต่อมาก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการบำบัดรักษา (Dffenbacher, 1999; Howell, 1998; Novaco, Ramm and Black, 2002) พบว่าผู้ที่แสดงออกความโกรธสูงรุนแรง จะมีการสูญเสียการทำหน้าที่ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมมากกว่า ผู้ที่มีความโกรธระดับต่ำ

Averill, 1983; Kassinove & Sukhodolsky, 1995 ศึกษาพบว่า ผู้ที่มี Anger-in มีแนวโน้มที่จะพุ่งความโกรธเข้าสู่ตนเอง ส่วน Anger-out มีแนวโน้มจะพุ่งความโกรธไปที่ผู้อื่น โดยใช้แบบวัดของ Spielberger (1999) State -Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) พบว่าผู้ที่มี Anger-in ในระดับสูงจะมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมต่ำกว่าพวกที่มี Anger-in ระดับต่ำ ผู้ที่มีประสิทธิผลความโกรธแบบลักษณะ (Trait anger) ที่สูงจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพลด

คุณค่าและการนับถือตนเอง มีความยากลำบากในการเรียนและประกอบอาชีพขาดการมีสัมพันธภาพ  
ผู้อื่นและภายในครอบครัว เพราะมักพุ่งความโกรธไปที่ผู้อื่น โดยตรงมักจะเป็นผู้ที่เคยมีสัมพันธภาพ  
กันมาก่อน

Westermeyer (2005) ศึกษาพบว่าคนบางคนมีปัญหาในการควบคุมความโกรธ บางคนมี  
ความยากลำบากมากที่จะแสดงความโกรธ เนื่องจากมีกฎเกณฑ์ภายในว่าต้องไม่เปิดเผยหรือแสดง  
ให้ผู้อื่นรู้ว่ามีความโกรธ การฝึกและมีความคิดอย่างนี้สามารถสร้างปัญหาภายหลังได้เพราะความ  
โกรธจะถูกกักเก็บไว้ในใจเป็นเวลานาน จะแสดงออกภายหลังอย่างรุนแรงต่อผู้อื่น นอกจากนี้การที่  
ไม่สามารถแสดงความโกรธได้ ยังทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิต  
สูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไร้ที่พึ่งและกลายเป็นอารมณ์เศร้าได้อย่างรวดเร็ว

Palfai and Hart 's (1997) ศึกษาพบว่าการหยุดยั้งความโกรธ การไม่แสดงความโกรธด้วย  
พฤติกรรมก้าวร้าว จะได้รับการยอมรับและการสนับสนุนทางสังคม ยิ่งกว่านั้นการมีความโกรธ  
แบบ Anger-in ยังทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิสระในการแสดงความโกรธในแบบที่  
สังคมต้องการ มากกว่า Anger-out สอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlen and Martin (2005)  
ที่ทำการศึกษาวิจัยต่อจาก Palfai and Hart (1997) เกี่ยวกับการแสดงความโกรธและการได้รับการ  
สนับสนุนทางสังคม ในนักเรียนที่เป็นอาสาสมัครจำนวน 189 คน พบว่าผู้ที่มีความโกรธแบบ  
ลักษณะ (Trait anger) มีความปรารถนาที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการแรงสนับสนุนจาก  
สังคม

มีการทบทวนและวิเคราะห์ระดับ Meta-analysis พบว่าโปรแกรม Cognitive Behavior  
anger management มีประสิทธิภาพกว้างขวางและใช้อย่างแพร่หลาย กับผู้ที่มีความโกรธ (Beck and  
Fernandez, 1998) มีการเปรียบเทียบจนได้แนวคิดว่าการยับยั้งหรือการไม่แสดงออกความโกรธ  
อย่างชัดเจน จะทำให้ขาดการไตร่ตรอง และกลายเป็นแรงกระตุ้นทำให้โกรธอย่างรุนแรง  
(Greenberg and Paivio, 1997) โดยเฉพาะคนที่มีตัวกระตุ้นความโกรธที่ยาวนาน เช่น ความรู้สึกอึด  
อัดอย่างแรง การถูกลบหลู่ให้อับอาย หรือความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นการสะสมความตึงเครียดเพิ่มขึ้นซึ่ง  
จะย้อนกลับเข้ามาให้ระเบิดความโกรธ และความเดือดดาล (Tsytarev and Grodnitsky, 1995) เป็น  
ผลให้ความตระหนักและการควบคุมสติไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เกินเหตุลดลง มีความอ่อนล้ามากขึ้น  
โดยที่ปัญหาที่ทำให้ขุ่นเคืองแค้นใจยังอยู่ในอนาคตอาจนำไปใช้ประโยชน์ในการอธิบาย  
ปรากฏการณ์ Over – Control ในทฤษฎีการควบคุมอารมณ์โกรธและการจัดการกับ ความขุ่นเคือง  
แค้นใจ Novaco (1997) จึงแบ่งโปรแกรมเป็นการเพิ่มการยับยั้งกระบวนการเกิดความโกรธ และ  
ควบคุมการตอบสนองความโกรธ

Lochman, 1984; Dodge and Frame, 1982; Little and Kendall, 1979; White, Wayland, 1991 cited in Westermeyer(2005) พบว่ามีงานวิจัยหลายชิ้นที่ค้นพบว่าปัญหาในการควบคุมความโกรธ มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของความคิดที่บิดเบือนไป เทคนิคการปรับความคิดสามารถลดความโกรธ ความรุนแรงและความเดือดดาลที่จะระเบิดในอนาคตได้ บุคคลที่เก็บความโกรธไว้ในสูง จะมีความเศร้ามากกว่าบุคคลที่เก็บความโกรธไว้ในต่ำ คนที่มีความโกรธบ่อย ๆ จะแสดงออกความโกรธออกภายนอกต่อคนอื่นหรือสิ่งของมากกว่า ส่วนคนที่มีการควบคุมความโกรธที่สูงจะโกรธน้อยกว่าและจะใช้พฤติกรรมแบบก้าวร้าวน้อยกว่า แต่มักจะใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธและเก็บกดต่อความโกรธที่ไม่สามารถจะยอมรับได้ (Spielberger et al., 1994) สอดคล้องกับที่ Freud (1975) กล่าวว่าเมื่อบุคคลรู้สึกโกรธ คับข้องใจ และไม่สามารถแสดงความรู้สึก หรือถูกขัดขวาง หรือไม่สามารถแสดงความก้าวร้าวออกมา ความโกรธนั้นก็จะ พุ่งเข้าสู่ตัวเองทำให้เกิดความเศร้าความโกรธภายในทำให้เกิด โรครูมาตอยด์ หอบหืด ไมเกรน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดหลังเรื้อรัง และอาจแสดงความโกรธโดยทางตรงกันข้ามกับความรู้สึก เช่นการแสดงความสุภาพมาก หรือแสดงความหวานมากเกินไป การถดถอย การใช้สารเสพติด เช่นยา หรือดื่มสุรา การกินมากเกินไป การเจ็บมากเกินไป ล้วนเป็นหนทางที่ใช้หลีกเลี่ยงจากความเป็นจริง หรือความโกรธ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในและต่างประเทศพบว่า มีผู้ศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาวิจัยในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งปัญหาเรื่องการจัดการความโกรธนั้นเป็นที่ยอมรับของผู้บำบัดทางจิตโดยทั่วไป ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่รบกวนการดำเนินชีวิต และเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาทางจิตอื่น ๆ แต่ยังคงขาดการให้ความสำคัญและศึกษาอย่างจริงจัง ในระยะ 2-3 ปีหลังนี้เริ่มให้ความสนใจแนวคิดที่นิยมใช้ในการจัดการความโกรธ และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด คือแนวคิดกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Therapy) โดยโปรแกรมการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ที่ใช้แนวคิด Cognitive Behavior Therapy เป็นโปรแกรมที่ได้รับความนิยมและนำไปใช้กันมาก

## กรอบแนวคิด

### โปรแกรมการจัดการความโกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

#### 6 กิจกรรม

#### ขั้นที่ 1 การเตรียมความคิดที่สัมพันธ์กับความโกรธ

**กิจกรรมที่ 1** การให้ผู้ป่วยแยกแยะความรู้สึก ให้เข้าใจสาเหตุและความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

**กิจกรรมที่ 2** การตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากความโกรธ และรับรู้สัญญาณเตือน

**กิจกรรมที่ 3** การเปลี่ยนความคิด ตัวอย่างความคิดที่ไม่มีเหตุผล กับความคิดที่มีเหตุผล และการเปลี่ยนเป็นความคิดที่มีเหตุผล ตามหลักการปรับพฤติกรรมทางปัญญามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนความคิด

#### ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการความโกรธ

**กิจกรรมที่ 4** ฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ด้วยการฝึกการหายใจ การนับในใจ การใช้จินตนาการ

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะในการจัดการความโกรธอย่างเหมาะสม ด้วยการขอตัวออกจากสถานการณ์ การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การใช้ความคิดจัดการกับความโกรธ

#### ขั้นที่ 3 การนำทักษะใหม่ใช้ในสถานการณ์อื่น

**กิจกรรมที่ 6** การนำมาประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน

#### การแสดงความโกรธ

1. ความโกรธภายใน
2. ความโกรธภายนอก
3. การจัดการความโกรธ