

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน

The Effects of An Emotion Regulation Program on The Violent Behavior of Schizophrenia Patients with Alcohol Dependency in Community

อติศร รักษ์กุล อังคณา จิรโรจน์* เอกอุมา อิมคำ

Adisorn Ruksakul Angkana Jirarode* Ekuma Im-kome

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of nursing Thammasat University, Pathumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา อายุ 18-59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 62 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา แบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดการกำกับอารมณ์ของแมครและกรอส ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงฉบับภาษาไทย วัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า โปรแกรมการกำกับอารมณ์สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้จึงเหมาะสมในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับอารมณ์, พฤติกรรมรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of an emotion regulation program on the violent behavior of schizophrenia patients with alcohol dependency in the community. The sample consisted of 62 patients with schizophrenia and alcohol dependence aged 18-59 years, recruited using inclusion criteria for patients that were receiving services at a sub-district Health Promotion Hospital in Nakhon Ratchasima in Thailand. They were randomly assigned to the control or experimental group, with 31 patients in each group. The experimental group participated in the emotion regulation program (ER) developed by the researcher based on the emotional regulation therapy concept of McRae and Gross. Their

activities comprised 10 sessions, for a period of 10 weeks. The control group received regular care. The measured using the Overt Agitation Scale (OAS), Thai version before and after participating in the emotion regulation program. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results of the study were as follows. 1) The experimental group's participants mean score for violent behavior on the posttest after participating in the emotional regulation program was lower than their mean score for violent behavior on the pretest before participating in the program at a statistical significance .001 level. 2) The mean difference in the score for violent behavior between the pretest and posttest of the experimental group's participants in the emotional regulation was significantly higher than the mean difference in the score for the violent behavior of the control group that received regular care at a statistical significance .001 level.

In summary, the emotional regulation program was able to reduce the violent behavior of schizophrenic with alcohol dependent patients. Thus, the program can be used as an alternative activity or program to reduce the violent behavior of schizophrenic with alcohol dependent patients.

Keywords: emotional regulation program, violent behavior, schizophrenia with alcohol dependent patients.

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นทำให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านของการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความเรื้อรังซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ด้วยความเปราะบางทางอารมณ์ จึงทำให้บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้พยายามที่จะแสวงหาวิธีที่จะทำใหตนเองสามารถพ้นจากความทุกข์ใจ หรืออยากเป็นอย่างเช่นคนปกติทั่วไปในสังคม หนึ่งในวิธีการที่ผู้ป่วยเหล่านี้แสวงหา นั่นคือการดื่มสุรา¹ แม้ในช่วงระยะแรกของการดื่มจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและพึงพอใจในฤทธิ์ของสุรา แต่ในระยะยาวพบว่า การติดสุราจะส่งผลต่อความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้เสพติดอย่างถาวร²

ซึ่งปัจจุบันจะเรียกโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคการติดสุรานี้ว่า ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (Co-occurring Disease)^{3,4} การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับการดื่มสุราจะทำให้ความรุนแรงของโรคมีความทวีคูณมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งโรคจิตเภทและโรคติดสุรานั้น จะส่งผลต่อการก่อให้เกิดผลกระทบทางลบซึ่งกันและกันของทั้งสองโรค และหนึ่งในผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาในปัจจุบันคือ การก่อพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน⁵

การก่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนที่ระบบสาธารณสุขพยายามหาแนวทางในการแก้ไขตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยกรมสุขภาพจิต

ได้ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ร้อยละ 62.49 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มโรคที่พบได้มากที่สุดคือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (F20) คิดเป็นร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด และในจำนวนนี้ยังพบว่าพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นมาจากภาวะการเสพติดสุรา (F10) คิดเป็นร้อยละ 55.6 เมื่อจำแนกตามระดับของการก่อพฤติกรรมรุนแรง โดยพบประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรงต่อคนอื่นและก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนสูงถึงร้อยละ 32.42⁶ สอดคล้องกับรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา และมีปัญหาการก่อพฤติกรรมรุนแรง SMI-V ที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา 2563 พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นและการก่อเหตุรุนแรงในชุมชนร้อยละ 48.6⁷

ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่มีแนวคิดในการให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บำบัดรักษาในสถานบำบัดกลับเข้าสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด โดยใช้ชุมชนเป็นฐานแห่งการบำบัดผู้ป่วย เพื่อมุ่งหวังส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตการเป็นอยู่ที่ดีขึ้นตามศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่มีประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเป็นหนึ่งในผู้ป่วยที่กรมสุขภาพจิตให้

ความสำคัญและได้มีการวางระบบการดูแลตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน⁷ แต่จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องด้วยปัจจัยทางสังคมต่าง ๆ ที่ทำให้เข้าถึงการดื่มสุราได้ง่าย ส่งผลต่อการก่อเหตุรุนแรงซ้ำได้ง่าย โดยพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะออกมาในรูปแบบของความรุนแรงทางคำพูดและการทำลายสิ่งของ ส่วนด้านการทำร้ายคนอื่นยังพอมิให้พบเห็นได้เช่นกัน ซึ่งจะเป็นการผลักหรือทุบตีให้เกิดรอยฟกช้ำระดับเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามแม้ไม่ถึงระดับรุนแรงมากแต่พฤติกรรมดังกล่าวยังสร้างความรำคาญหรือสร้างความรู้สึกเกร็งเครียด รวมทั้งเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในผู้ป่วย⁸ ส่วนพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำร้ายตัวเอง จะไม่ค่อยพบในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเนื่องจากตามข้อกำหนดของแผนบริการสุขภาพของกรมสุขภาพจิต (Service Plan) ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกินร้อยละ 6.3 ต่อแสนประชากรไทย

ดังนั้น การทำร้ายตัวเองในผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีใด ๆ ก็ตามและในทุกกรณีจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทันที⁹ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พฤติกรรมที่ยังคงพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและอาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำร้ายคนอื่น และพฤติกรรมด้านการทำลายสิ่งของ⁶

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรานั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทางอารมณ์ที่ผิดปกติเนื่องจาก สุราได้เข้าไปทำลายเนื้อสมองส่วนกลาง (Limbic system) มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณของอะมิกดาลา (Amygdala) ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Emotional brain) และตอบสนองต่อความรู้สึกพื้นฐาน เช่น ความกลัว หรือความรู้สึกไม่ปลอดภัยมักตอบสนองด้วยอารมณ์โกรธ หรือแสดงอาการก้าวร้าวและพฤติกรรมที่รุนแรง⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ และการยั้งคิด เกิดความสูญเสียไปด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา แสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรงโดยปราศจากการยั้งคิด¹⁰ แม้ว่าการหยุดดื่มสุราจะทำให้เนื้อสมองส่วนดังกล่าวมีการฟื้นตัวดีขึ้นและลดอารมณ์ที่รุนแรงได้แต่พบได้เพียงผู้ที่ดื่มสุราในระยะสั้นๆ เท่านั้น

แต่ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังพบว่า แม้จะ

มีการหยุดดื่มผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหรือสูญเสียการควบคุมอารมณ์^{11,12}

วิธีการที่ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงสามารถทำได้วิธี เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม¹³ การจัดการกับความโกรธ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงในผู้ป่วย แต่ด้วยลักษณะความเปราะบางทางอารมณ์เมื่อกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนจึงทำให้ผู้ป่วยมีการดื่มสุราซ้ำ ทำให้ยังคงมีการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อชุมชนเป็นอย่างมาก ซึ่งโปรแกรมการกำกับอารมณ์ (Emotional Regulation) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกำกับอารมณ์ด้านลบของตนเองโดยใช้กระบวนการทางความคิดเพื่อคงไว้ซึ่งอารมณ์ด้านบวก ซึ่งสามารถแสดงออกผ่านทางพฤติกรรม และช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงได้¹⁴

การกำกับอารมณ์เป็นการบำบัดทางจิตสังคมพัฒนาขึ้นโดยแมครและ กรอส¹⁴ ซึ่งอธิบายว่า อารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของการก่อพฤติกรรมเมื่อบุคคลแสดงออกซึ่งพฤติกรรมใด ก็ย่อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ที่เผชิญในขณะนั้น การกำกับอารมณ์จะเป็นกระบวนการที่มีลักษณะของการจัดกระทำผ่านระบบความคิด เพื่อปรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ด้วยการพิจารณาอารมณ์ในขณะนั้น สามารถประเมินสภาพอารมณ์รับรู้ตนเอง และเปลี่ยนจากอารมณ์ทางลบไปสู่อารมณ์ทางบวก และคงไว้ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

การศึกษาศาเหตุของการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรานั้นมีความสอดคล้องกับอารมณ์ด้านลบที่ผู้ป่วยเคยเผชิญมาในอดีต ผู้วิจัยจึงคาดว่า การกำกับอารมณ์จะช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้ และจากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวกับการกำกับอารมณ์เพื่อนำมาใช้ในการลดพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับวิธีการลดพฤติกรรมรุนแรงด้วยโปรแกรมการกำกับอารมณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับอารมณ์ (emotion regulation) ที่พัฒนาขึ้น¹⁴ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับอารมณ์และการแสดงออกของพฤติกรรม โดยพฤติกรรมที่แสดงออกในแต่ละบุคคลย่อมมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทางอารมณ์บุคคลที่เผชิญมาในอดีต การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นต้องกระทำผ่าน 4 องค์ประกอบของการกำกับอารมณ์ ได้แก่ 1. การระบุสถานะอารมณ์ (Identification stage) 2. การเลือกกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์ (Selection stage) 3. การนำไปปฏิบัติ (Implementation Stage) และ 4. ขั้นตรวจสอบ (Monitoring) เมื่ออารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงก็จะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมเช่นเดียวกัน และหากบุคคลมีการฝึกการกำกับอารมณ์โดยการติดตามความรู้สึกทางอารมณ์ของตนเองซ้ำ ๆ จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเชิงลบเป็นเชิงบวกได้อย่างอัตโนมัติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์แตกต่างจาก กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทและมีพฤติกรรมดื่มสุราแบบติด อายุ 18-59 ปี เพศชาย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย แยกโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (DSM-5) และขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F20-29 และ F10.2 ซึ่งเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม 1 ตำบล และกลุ่มทดลองอีก 1 ตำบล ซึ่งทั้ง 2 ตำบลจะมีความคล้ายคลึงกันคือเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง มีจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบใกล้เคียงกัน

มีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่คล้ายกันทั้งในรูปแบบของเอกสารเวชระเบียนและในระบบอิเล็กทรอนิกส์

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (Large effect size) ที่ระดับ .80 จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ต่อการอยากสารเสพติด¹⁵ ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการศึกษา (Drop out) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 ราย และ กลุ่มควบคุม 31 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดย¹⁶ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้านคือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ในแต่ละด้านจะประกอบไปด้วย 4 ข้อย่อย รวมทั้งสิ้น 16 ข้อคำถาม และในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อคำถามและภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา โดยการตัดข้อคำถามด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองออก เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัยนี้ ทำให้การประเมินพฤติกรรมรุนแรงจะเหลือเพียง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อคำถาม เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรง (CVI) โดยค่าที่ได้ เท่ากับ 1 ทุกข้อคำถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.85 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของการกำกับอารมณ์¹³ เครื่องมือนี้ผ่านตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 15 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการกำกับอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราต่อพฤติกรรมรุนแรงและความน่าสนใจของกิจกรรมนั้นหนา การรวมถึงระยะเวลาที่ใช้เพื่อปรับให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง กิจกรรมมีทั้งหมด 10 กิจกรรม มีการบ้านที่ได้รับมอบหมายตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-9 ดำเนินการ 10 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 90 นาที/ครั้ง รวมระยะเวลา 33 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาตำรา บทความ วิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกใช้โปรแกรมในการทดลอง โดยมี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักช่วยให้คำแนะนำ และช่วยฝึกการใช้โปรแกรม เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด และประเมินพฤติกรรมรุนแรงก่อนดำเนินการทดลอง (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ จำนวน 10 ครั้ง ใช้เวลาครั้ง 90 นาที ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดกิจกรรม ทั้ง 10 ครั้งที่ได้รับกำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงมาวัดในกลุ่มทดลองทันที (Post-test) โดยจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ คือการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การให้สุขภาพจิตศึกษา เมื่อผู้ป่วยมารับบริการโดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 10 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 10 ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรง (post-test) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบว่าเป็นการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัยที่ 031/2564 รหัสโครงการวิจัย COA No. 051/2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นไม่อิสระจากกัน (Dependence t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นไม่อิสระจากกัน Independence t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 38-47 ปี ร้อยละ 48.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดา ร้อยละ 51.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 87.1 และยังพบว่าส่วนมากไม่มีประวัติโรคประจำตัว และประวัติโรคเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ร้อยละ 93.5 เมื่อพิจารณาเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากไม่พบประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 87.1 ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มแอลกอฮอล์ โดยชนิดที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสุรา 40 ดีกรี ซึ่งกลุ่มทดลองมีการดื่มสุรา 40 ดีกรี คิดเป็นร้อยละ 83.9 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 80.6 และเมื่อพิจารณาเรื่อง

ประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ส่วนมากมีพฤติกรรมก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งด้าน
คำพูดและการทำลายสิ่งของ โดยกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ
71.0 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 67.7 ผลการเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์
(Chi-square test) และการทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอคแซค
(Fisher's exact test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง (n = 31)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูด	2.94	0.44	0.87	0.43	30	20.03	.00
พฤติกรรมรุนแรงต่อการทำร้ายผู้อื่น	3.10	0.47	0.87	1.33	30	8.80	.00
พฤติกรรมรุนแรงต่อการทำลายสิ่งของ	2.68	0.87	0.19	0.60	30	14.93	.00
พฤติกรรมรุนแรงโดยรวม	8.71	0.97	1.84	1.60	30	30.40	.00

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
รุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
(M = 1.84, SD = 1.60) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 8.71,
SD = 0.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.40, p < .001$)
และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม
รุนแรงด้านคำพูดหลังการทดลอง (M = 0.87, SD = 0.43)
ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M = 2.94, SD = 0.44) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = 20.03, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม
รุนแรงต่อการทำร้ายผู้อื่นหลังการทดลอง (M = 0.87, SD =
1.33) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M = 3.10, SD = .47) อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($t = 8.80, p < .001$) คะแนนเฉลี่ย
ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อการทำลายสิ่งของหลังการทดลอง
(M = 0.19, SD = 0.60) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M = 2.68,
SD = 0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.93, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		Df	t	p-value
	$\bar{D}_1$	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลองโดยรวม	6.87	1.26	0.77	1.20	60	21.41	.00
หลังการทดลองโดยรวม							

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมโดยรวม พบว่า ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม
ทดลอง ($\bar{D}_1 = 6.87, SD = 1.25$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม
($\bar{D}_1 = 0.77, SD = 1.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.41,$
 $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการกำกับ
อารมณ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าก่อนการ
ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า
โปรแกรมการกำกับอารมณ์ สามารถลดพฤติกรรมรุนแรง
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้โดยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรม
การกำกับอารมณ์สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการกำกับ

อารมณ์ต่อการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 3 ด้าน ผ่าน 4 องค์ประกอบหลัก 10 กิจกรรม ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ขั้นตอนการระบุสถานะอารมณ์ (Identification stage) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉันรู้จักเธอเมื่อเจออารมณ์” มีการฝึกกระบวนการการกำกับอารมณ์ต่อการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการก่อพฤติกรรมรุนแรงในอดีตของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความตระหนักรู้ยากที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง¹⁷ และกิจกรรมที่ 2 “สุขสมอารมณ์หมาย” เป็นกิจกรรมที่ฝึกให้อาสาสมัครรู้จักอารมณ์ของตนเอง สามารถจำแนกอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ด้านลบที่ส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องค้นหาวิธีการที่จะมากำกับอารมณ์ของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น¹⁸ องค์ประกอบที่ 2 ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์ (Selection stage) ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 3 “เลือกปรับขยับอารมณ์” เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ที่ 1 คือการเลือกการเผชิญสถานการณ์ และกลยุทธ์ที่ 2 คือการปรับสถานการณ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเลือกสถานการณ์และปรับสถานการณ์ มีการเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ การตรวจจับที่อารมณ์ของตนเอง โดยใช้กระบวนการทางปัญญาตัดสินใจกับปัญหาจะช่วยให้บุคคลสามารถมองเห็นความสำคัญปัญหา และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์ด้านลบ เพื่อป้องกันการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรง¹⁹ กิจกรรมที่ 4 “ใส่ใจไว้ก่อนรุนแรง” เป็นการฝึกการเลือกใช้กลยุทธ์ของการใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attention deployment) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการใช้เหตุผลพิจารณาไตร่ตรองว่า สถานการณ์ใดควรให้ความสำคัญก่อนหลัง และนำไปสู่การกำกับอารมณ์ได้สำเร็จและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม²⁰ ส่วนกลยุทธ์ที่ 4 คือการเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) ผ่านกิจกรรมที่ 5 “ไม่แว่นความคิด” โดยมุ่งประเด็นไปที่การประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก (Reappraisal) เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของบุคคล เมื่อมีการพิจารณาผ่านกระบวนการคิด ไม่ด่วนสรุปเหตุการณ์ที่ตัวเองกำลังเผชิญตรงหน้า จะส่งผลให้ลดแรงปะทะในการก่อความรุนแรงลงได้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ดีได้อย่างถาวร^{4,14,17,21} และกลยุทธ์ที่ 5 กลยุทธ์สุดท้ายของการกำกับอารมณ์ ซึ่งจะเป็นการตอบสนองต่อการแสดงออกทางสรีรวิทยา (Response modulation) ผ่านกิจกรรมที่ 6 “จิตเป็น

นายกายเป็นบ่าว” โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์ และการแสดงออกทางร่างกายเชิงบวกเมื่อไม่สามารถหลบเลี่ยงสถานการณ์ที่กดดันได้ การฝึกวิธีการตอบสนองทางกายเชิงบวกซ้ำ ๆ เพราะจะช่วยพัฒนาให้เกิดเป็นพฤติกรรมเชิงบวกได้อย่างอัตโนมัติ จะช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงลงได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้น องค์ประกอบที่ 3 การนำไปปฏิบัติ (Implementation Stage) โดยบูรณาการผ่านการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่มีผลต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุราผ่านกิจกรรมที่ 7 “สุรามา พาเรารุนแรง” ซึ่งเน้นไปที่ผลกระทบด้านลบในการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในตัวเอง และมีความพยายามที่จะหาวิธีการกลยุทธ์ที่จะมากำกับอารมณ์ตนเอง เพื่อไม่ให้ความรุนแรงเกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกถึงความสำเร็จของผู้ป่วยในการกำกับอารมณ์ของตนเองทั้งต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงและการดื่มสุราลง²² กิจกรรมที่ 8 “เครียดได้ คลายเป็น” การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับบุคคล เป็นทักษะที่จำเป็นในการนำมาใช้เพื่อให้เกิดการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และเมื่อมีการนำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการกำกับอารมณ์ ก็จะส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็งในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่ดี ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการก่อความรุนแรงทั้ง 3 ด้าน²³ กิจกรรมที่ 9 “ใจเขาใจเรา” เป็นการฝึกทักษะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งด้านการใช้คำพูด และการแสดงออกที่เหมาะสมต่อสาธารณชน เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะเป็นด้านของคำพูดที่นำมาก่อน ก่อให้เกิดความเกลียดชังและการกระทบกระทั่งกันไปมาระหว่างผู้ป่วยและคนในชุมชนจนนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายคนในชุมชน และทำลายของตามมา การฝึกทักษะที่เน้นการอยู่ร่วมกับผู้อื่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญว่าตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมหากรู้จักการกำกับอารมณ์ของตนเองก็จะทำให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนได้อย่างสงบ²² และองค์ประกอบที่ 4 ขั้นตอนตรวจสอบ (Monitoring) จะดำเนินผ่านกิจกรรมที่ 10 “เกี่ยวก้อยสัญญา อ้าลาอารมณ์ (รุนแรง)” เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจอารมณ์ความรู้สึกตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง รวมทั้งเป็นการทบทวนกระบวนการกำกับอารมณ์ การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเกิดความตระหนักรู้ต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น และต่อชุมชน เพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคมอย่างยั่งยืน²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 โปรแกรมการกำกับอารมณ์ สามารถไปใช้เป็นแนวทางในการลดหรือป้องกันการก่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามการก่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนในการลดลงของพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และขยายผลไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมอื่น หรือใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ

References

1. Chambers, R. A., Sentir, A. M., Conroy, S. K., Truitt, W. A., & Shekhar, A. Cortical-striatal integration of cocaine history and prefrontal dysfunction in animal modeling of dual diagnosis. *Biological psychiatry*. 2010;67(8):788-92.
2. Takviriyanan N. Nursing care of clients receiving psychiatric drugs 3rd. Bangkok: Thammasat University; 2010. 277-34. (in Thai).
3. Lotrakul M and Sukanit P. Psychiatric Ramathibodi. 4th. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2012);129-54. (in Thai).
4. Petrakis IL. How to best treat patients with schizophrenia and co-occurring alcohol use disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(10):1338-9.
5. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Booncharoen H, Wiroteurairuang K, Joowong S and Khunarak U. Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):76-87 (in Thai)
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V. 1st. Nonthaburi: Prosperous plus company limited printing; 2020. (in Thai)
7. Nakhon Ratchasima Rajanagarindra psychiatric Hospital. Annual report: Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) patients. 2020. (in Thai)
8. Juntapim S and Nuntaboot K. Care of Schizophrenia Patients by the Community. *Journal of Nursing Health Care*. 2017;36(2):69-76.
9. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Suicide rate report. 2020 [cited 2020 Oct 17]. Available from: <http://Suicide.dmh.go.th>
10. Haenjohn J. Brain & Emotions: A Miracle Connection. *Ratchaphruek Journal* 2015; 13(3): 11-9. (in Thai)
11. Sullivan EV, Harris RA, and Pfeffer Baum A. Alcohol's effects on brain and behavior. *Alcohol Research & Health*. 2010;33(1-2):127-43.
12. Gunzerath L, Faden V, Zakhari S, and Warren K. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 2014;28(6): 829-47.
13. Bualakorn N, Soonthornchaiya R, and Vuthiarpa S. The Effects of a Motivation Enhancement Therapy Program with Family Involvement on The Medication Adherence of Inpatients with Co-Occurring Schizophrenia and Alcohol Use Disorder. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 (Supplement): 423-32. (in Thai).

14. McRae K and Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion* (Washington, DC). 2020;20(1): 1-9.
15. Choopan H, Kalantarkousheh SM, Aazami Y, Doostian Y, Farhoudian A, Massah O. Effectiveness of Emotion Regulation Training on the Reduction of Craving in Drug Abusers. *Addict Health*. 2016;8(2): 68-75.
16. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, and Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American journal of psychiatry*. 1986;143(1):35-39.
17. Perry Y, Henry JD, Nangle MR, Grisham JR. Regulation of negative affect in schizophrenia: The effectiveness of acceptance versus reappraisal and suppression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012;34(5): 497-508.
18. Painter JM, Stellar JE, Moran EK, Kring AM. A multicomponent approach toward understanding emotion regulation in schizophrenia. *Journal of clinical psychology*. 2019;75(1): 178-89.
19. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clinical Psychological Science*. 2014;2(4):387-401.
20. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010;32(1): 68-82.
21. Grezellschak S, Lincoln TM, Westermann S. Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: Evidence for effective reappraisal and distraction. *Psychiatry Research*. 2015;229(1): 434-9.
22. Azizi A, Borjali A, and Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and additional problems of substance abusers. *Iran Journal of Psychiatry*. 2010;5(2): 60-5.
23. Vancampfort D, De Hert M, Knapen J, Wampers M, Demunter H, Deckx S, et al. State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*. 2011;33(8): 684-89.
24. Nowicka M. Emotional regulation in schizophrenia. *Personality and Individual Differences*. 2014; 60: 56-67.