

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

รัชนา วันนา พย.ม.¹
รัชนิกร อุปเสน ปร.ด.²

บทคัดย่อ

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อต่างๆ มากมาย ทั้งต่อผู้ป่วยเองและบุคคลอื่นที่อาจได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต รวมถึงความเสียหายต่อทรัพย์สิน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 42 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ตามลักษณะเพศ อายุ และสู่มเข้ากลุ่มทดลอง ($n = 21$) กลุ่มควบคุม ($n = 21$) เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว มีค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย: พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกำกับอารมณ์ตนเองได้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้มีการกำกับอารมณ์ที่เหมาะสมและสามารถลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

คำสำคัญ: โรคจิตเภท พฤติกรรมก้าวร้าว การกำกับอารมณ์ การมีส่วนร่วมของครอบครัว

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Corresponding author email: 6570061436@student.chula.ac.th

วันที่รับ (received) 23 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 ส.ค. 2568

The Effect of an Emotion Regulation and Family Participation Program on Aggressive Behavior in Schizophrenic Patients

Ratchana Wanna M.N.S.¹

Ratchaneekorn Upasen Ph.D.²

Abstract

Aggressive behavior in patients with schizophrenia has numerous adverse consequences affecting both the patients themselves and others who may suffer injury or death, as well as causing property damage. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an emotion regulation program combined with family participation on aggressive behavior in patients with schizophrenia. The sample consisted of 42 patients diagnosed with schizophrenia according to ICD-10 diagnostic criteria at the inpatient department of Phrasri Mahabhodi Psychiatric Hospital. Participants were matched by characteristics, including gender and age, then randomly assigned to either the experimental group ($n = 21$) or control group ($n = 21$). The data collection instrument was an aggressive behavior assessment scale. The assessment's reliability was established through a Cronbach's alpha coefficient of .81. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests.

Results: The findings revealed that the mean aggressive behavior scores of schizophrenia patients after receiving the emotion regulation and family participation program were significantly lower than before participating in the program ($p < .05$). Additionally, the mean aggressive behavior scores of the schizophrenia patients in the group that received the emotion regulation and family participation program were significantly lower than those in the group receiving routine nursing care ($p < .05$). The emotion regulation and family participation program resulted in improved emotional self-regulation among schizophrenia patients and reduced aggressive behavior. The study findings suggest that healthcare personnel should implement this program for schizophrenia patients, particularly those exhibiting aggressive behavior, to promote appropriate emotion regulation and reduce the occurrence of aggressive behavior.

Keywords: schizophrenia, aggressive behavior, emotion regulation, family participation

¹Master of Nursing Science, Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²Assistant Professor, Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*Corresponding author: 6570061436@student.chula.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 คน¹ ประเทศไทยมีอัตราความชุกตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากร² สถิติจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1,358, 1,861, และ 2,154 ราย ในปี 2565-2567 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยจิตเวชทั้งหมด³

โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มอาการต่อเนื่องระยะยาว ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้⁴ พฤติกรรมก้าวร้าวหมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเฉียบพลัน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือสังคม ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต และการกระทบกระเทือนทางจิตใจ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายคนอื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านทำลายสิ่งของ⁵

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูงถึงร้อยละ 33.3 โดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ด้านทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายร่างกายผู้อื่น และด้านการทำลายสิ่งของ คิดเป็นร้อยละ 42.6, 23.5, 23.7 และ 23.8 ตามลำดับ⁴ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่พบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนผู้อื่นหรือหน่วยในในระดับ 3 และ 4 มากถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด และมีสถิติการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันด้วยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 4.6 นอกจากนี้ ในระยะที่ผู้ป่วยรอเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน เพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังพบการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำในระดับปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 4 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดบนหอผู้ป่วย³

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Yudofsky, et al.⁵ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเฉียบพลัน ไม่สามารถควบคุมความโกรธของตนเองได้ พฤติกรรมที่แสดงออกอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือสังคม ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางจิตใจ มี 4 รูปแบบ ประกอบด้วย การก้าวร้าวทางวาจา การทำร้ายร่างกายตนเอง การทำร้ายร่างกายของผู้อื่น และการทำลายสิ่งของ⁵

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ มากมาย ทั้งต่อผู้ป่วยเองและบุคคลอื่นที่อาจได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต รวมถึงความเสียหายต่อทรัพย์สิน และผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับการคุกคามจากการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว⁶ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มสำคัญ คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ระดับอาการทางจิต⁷⁻⁸ การบกพร่องด้านการกำกับอารมณ์⁹⁻¹⁰ การขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท¹¹ การขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์โกรธ⁹ การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อน⁷ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด⁷⁻⁸ โดยที่เพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า และการที่ผู้ป่วยมีช่วงอายุ 20-40 ปี⁷ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีโอกาสเกิดการกำเริบซ้ำของโรคสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ปกติถึง 2 เท่า¹² รายได้ของครอบครัวต่ำ และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมในครอบครัวมีผลต่อการแสดงอารมณ์โกรธของผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยถูกเลิกจ้างงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำหรือถูกเลิกจ้างงาน มีแนวโน้มที่จะก้าวร้าวมากกว่าผู้ป่วยที่มีงานทำถึง 8 เท่า และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมเกิดพฤติกรรม

ก้าวร้าวมากกว่าผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมถึง 3 เท่า⁷ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมโยงซับซ้อนและส่งผลเสริมกัน โดยพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่ควบคุมได้ โดยเฉพาะการขาดความสามารถควบคุมอารมณ์โกรธ⁷ และบกพร่องด้านการกำกับอารมณ์⁹ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดความเครียดสะสม นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวและส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของโรค⁹⁻¹⁰ ปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะเป็นตัวกระตุ้นและเสริมแรงให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยรุนแรงยิ่งขึ้น¹²

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹ และหากมีการบำบัดทางการพยาบาลโดยนำครอบครัวมามีส่วนร่วมจะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้¹³ นโยบายการให้บริการด้านสุขภาพจิตในหลายประเทศ ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยทางจิตเวชกลับคืนสู่ชุมชนและให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนมีจำนวนมากขึ้น¹⁴ สอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตมีแนวคิดให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดและมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน²

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเทศไทยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทของบูคอรี มะมิง และวินิกาลญจน์ คงสุวรรณ¹⁵ พบว่ามีหลายรูปแบบ ได้แก่ การบำบัดโดยการใช้อุปกรณ์บำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษาแก่ครอบครัว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดและการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมความโกรธ อีกทั้งยังพบวิธีการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดและทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้ มีการศึกษาในต่างประเทศของ Buanasari, et al.¹³ ศึกษาการประยุกต์ใช้การบำบัดด้วยการยอมรับและการมุ่งมั่นผูกพันร่วมกับการให้ความรู้แก่ครอบครัว สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดความรุนแรงและความถี่ของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการบำบัดเฉพาะผู้ป่วยรายบุคคลเป็นหลักผ่านโปรแกรมต่าง ๆ เช่น การบำบัดโดยใช้กิจกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือการฝึกทักษะการกำกับอารมณ์¹⁵⁻¹⁶ ขณะที่การแสดงออกทางอารมณ์สูงของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของโรคและการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว¹⁷ การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ จึงเป็นช่องว่างที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในบริบทไทย จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สะท้อนให้เห็นช่องว่างที่สำคัญหลายประการในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าจะมีการศึกษาโปรแกรมต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่ไม่พบการพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการหลายมิติอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการบูรณาการการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วิจัยนี้ดำเนินกิจกรรมในช่วงวางแผนจำหน่ายเนื่องจากเป็นระยะคงสภาพที่อาการและอาการแสดงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจะทุเลาลงและสามารถรับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้¹⁸ ประกอบกับในระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการพัฒนาโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับสู่ชุมชน ทั้งนี้ การบำบัดทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงในระยะคงสภาพ โดยในระยะนี้อาการและอาการแสดงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจะทุเลาลงสามารถบำบัดทางการพยาบาลและเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อลดการ

เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นต้องมีการจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมีหลายปัจจัยทั้งที่สามารถจัดกระทำได้และไม่สามารถจัดกระทำได้ ผู้วิจัยเลือกจัดกระทำกับปัจจัยการขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์โกรธ⁷ บทพร่องด้านการกำกับอารมณ์⁹⁻¹⁰ และจัดการกับปัจจัยด้านครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง¹² เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ผ่านการฝึกทักษะ มีความเป็นไปได้สูงในการส่งเสริมทักษะการกำกับอารมณ์ และเมื่อสามารถปรับปรุงได้ จะส่งผลกระทบเชิงบวกต่อปัจจัยอื่น ลดโอกาสการกำเริบซ้ำและพฤติกรรมก้าวร้าวลงอย่างยั่งยืน¹⁹

การกำกับอารมณ์ เป็นกระบวนการให้ผู้ช่วยกำกับอารมณ์โกรธและจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเริ่มจากการเกิดสถานการณ์ ไปสู่ความสนใจ การรับรู้ แล้วนำไปสู่การแสดงออกเป็นพฤติกรรมของบุคคลนั้น ตามแนวคิดของ Gross¹⁹ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเลือกสถานการณ์ การปรับสถานการณ์ การใส่ใจต่อสถานการณ์ การประเมินและเปลี่ยนความคิด และการตอบสนองต่อสถานการณ์

จากข้อมูลสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจจัดกระทำกับปัจจัยด้านการกำกับอารมณ์โกรธตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman²⁰ จัดกระทำกับปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์สูงของคนในครอบครัว เนื่องจากกระบวนการบำบัดรักษานอกจากผู้ช่วยจิตเภทแล้ว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลมีส่วนในการส่งเสริม กระตุ้น ช่วยเหลือในการรับรู้ภาวะของโรคตนเอง ตั้งแต่การป้องกัน ประเมินอาการ และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย²⁰ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีการแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสมจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้¹² จึงพัฒนาโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

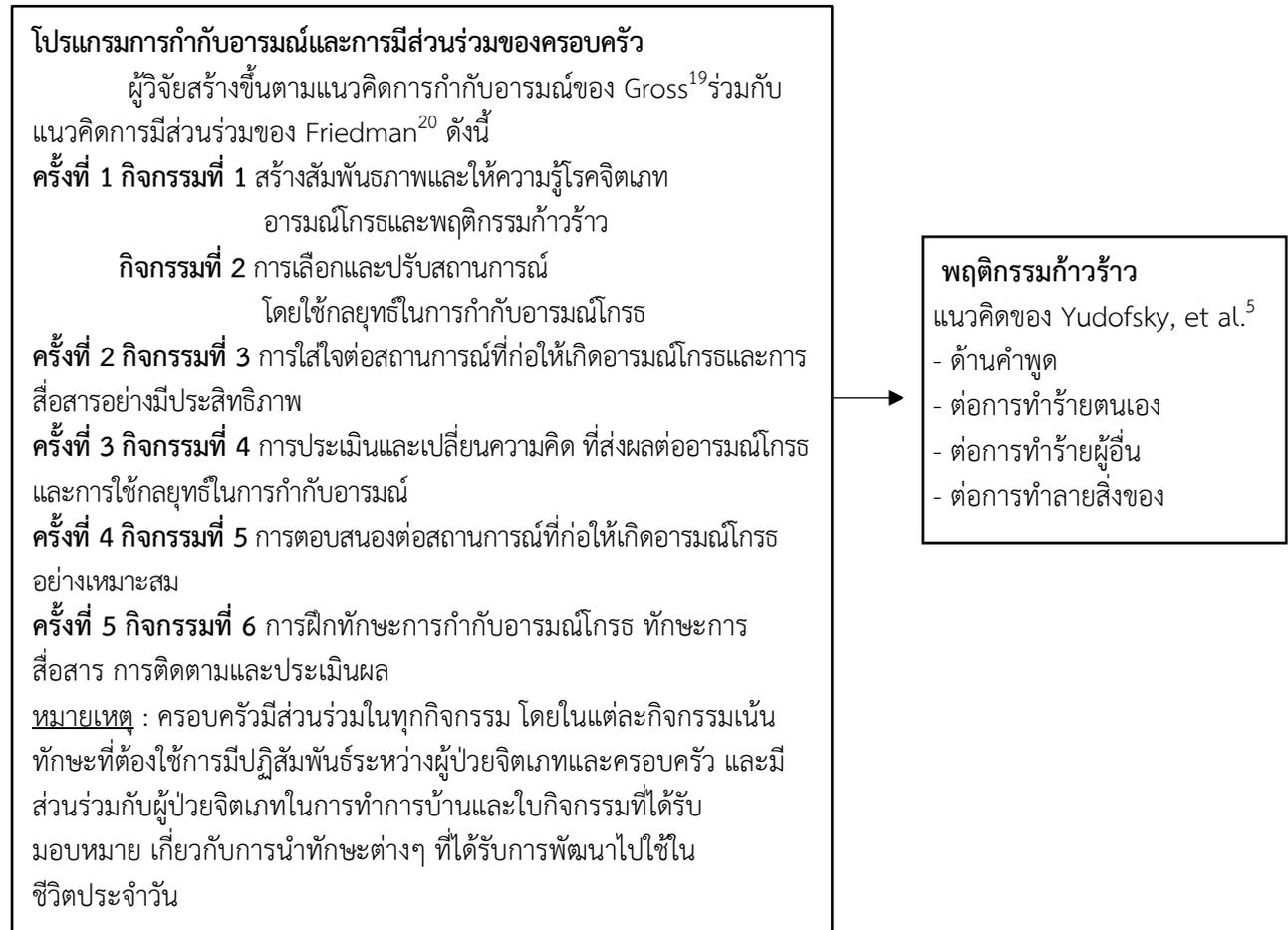
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross¹⁹ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์โกรธและควบคุมสภาวะอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ โดยกระบวนการนี้เริ่มต้นจากการเกิดสถานการณ์ การให้ความสนใจ การรับรู้ และนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ช่วยจิตเภทสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ตามแนวคิดของ Friedman²⁰ การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงนำทั้งสองแนวคิดมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ครอบคลุมทั้ง 5 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Gross¹⁹ โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามระบบการจัดหมวดหมู่โรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวละ 1 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามระบบการจัดหมวดหมู่โรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวละ 1 คน และทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-paired) ได้แก่ เพศและอายุ สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับฉลาก ดำเนินการจนครบทั้งหมด 42 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วย ผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky, et al.⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ²¹ จากประวัติในเวชระเบียนของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา โดยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว 8 - 21 คะแนน มีอาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน สามารถสื่อสารโดยการ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี สมัครงใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดเลือกของครอบครัว คือ เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20 ปี ขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน สามารถสื่อสารโดยการ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิตที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม เกณฑ์การคัดออกของครอบครัว คือ ครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมในระหว่างวันที่ 13 มีนาคม 2568 - 2 พฤษภาคม 2568

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง โดยดำเนินการหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารเลขที่ 003/2568 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2568 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาดำเนินการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการกำกับอารมณ์และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยกำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงศึกษาโปรแกรมการบำบัดเกี่ยวกับการ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งต่างประเทศและในประเทศ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross¹⁹ ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman²⁰ ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มแบ่งเป็น 6 กิจกรรมดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โรคจิตเภท อารมณ์โกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว 2) การเลือกและปรับสถานการณ์โดยใช้กลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์โกรธ 3) การใส่ใจต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การประเมินและเปลี่ยนความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์โกรธและการใช้กลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์ 5) การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม และ 6) การฝึกทักษะการกำกับอารมณ์โกรธ ทักษะการสื่อสาร การติดตามและประเมินผล โดยในแต่ละกิจกรรมครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมเน้นทักษะที่ต้องใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในการทำการบ้านและใบกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เกี่ยวกับการนำทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา

ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีการแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ส่งให้กับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน คือ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน ได้ตรวจสอบเนื้อหาและการใช้ภาษา และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาในกิจกรรมและมีความเหมาะสมของการใช้ภาษาก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่ปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 3 คน ภายหลังจากทดลองใช้ทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่ในบางครั้งผู้ป่วยยังไม่เข้าใจในเนื้อหา จึงมีการยกตัวอย่าง เหตุการณ์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเรียนรู้ง่ายขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ป่วยจิตเภท) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ดูแล) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว พัฒนาโดย Yudofsky, et al.⁵ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ²¹ ประกอบไปด้วยคำถาม 16 ข้อ การคิดคะแนนความรุนแรงในแต่ละข้อ ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหลายข้อในแต่ละด้าน จะนำข้อที่มีน้ำหนักคะแนนมากที่สุดมาคิดคะแนน และนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกัน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเลย 1-7 คะแนนมีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย 8-14 คะแนน ระดับปานกลาง 15-21 คะแนน ระดับรุนแรง

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (Emotion regulation questionnaire) ของ Gross & John²² แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ญัฐธิดา คุ่มรอด และรังสิมันต์ สุนทรไชยา²³ เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินการกำกับอารมณ์ ในการศึกษานี้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 หากมีคะแนนรวม 0 - 42 คะแนน มีทักษะการกำกับอารมณ์ระดับต่ำ 43 - 55 คะแนน ระดับปานกลาง 56 - 70 คะแนน ระดับสูง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ของกำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูง (43 - 70 คะแนน) หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการกำกับอารมณ์น้อยกว่า 43 คะแนน หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ช่วยจิตเภท ร่วมกันทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหานั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีระดับคะแนนการกำกับอารมณ์มากกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนนทุกคน คือ อยู่ในระดับปานกลาง (43 - 55 คะแนน) จำนวน 5 คน และอยู่ในระดับสูง (56 - 70 คะแนน) จำนวน 16 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และแบบประเมินการกำกับอารมณ์ โดยมีดัชนีความตรง (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และทดสอบค่าความเที่ยง โดยการหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's coefficient) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและแบบประเมินการกำกับอารมณ์ เท่ากับ .81 และ .82 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross¹⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman²⁰ จากตำราและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ จัดเตรียมเครื่องมือวิจัยและยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 42 คน จับคู่เปรียบเทียบด้วย เพศและอายุ เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปร มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) เพศ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศชายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า⁷ 2) อายุ พบว่าช่วงอายุที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนใหญ่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งพบมากในอายุ 20 - 40 ปี⁷ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ครอบคลุมการประเมินอาการทางร่างกาย จิตใจ และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ดำเนินการขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ระยะที่ 2 ติดตามหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินการกำกับอารมณ์ทันทีหลังกิจกรรมสุดท้ายในกลุ่มทดลอง และนัดหมายทั้งสองกลุ่มมาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจำหน่าย 1 เดือน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อนมีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก่อนถึง 6 เท่า⁷ และสอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า เมื่อผู้ป่วยบำบัดทางจิตสังคมจนอาการทุเลาลง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น ยังพบสถิติการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันด้วยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็น ร้อยละ 3.3² ผู้วิจัยจึงทำการประเมินผล Posttest ในระยะเวลา 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
2. เปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square test หรือ Fisher's exact และ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U-test ตามลักษณะของข้อมูล
3. ผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t - test) ภายหลังจากที่ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Shapiro-Wilk

Test แล้วพบว่าข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และใช้การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed - rank test) เมื่อพบว่าชุดข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

4. ผู้วิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent T- test) ภายหลังจากที่ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk Test แล้วพบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และใช้การทดสอบแมน - วิทนีเยอ (Mann - Whitney U-Test) เมื่อพบว่าชุดข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจิตเภท) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.2 เพศหญิง ร้อยละ 23.8 ในด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 สำหรับด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 69 ในด้านระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50 ด้านอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 45.2 และด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตพบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต 1-5 ปี ร้อยละ 47.6 และ 6 - 10 ปี ร้อยละ 47.6

2. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว (ผู้ดูแล) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 ด้านอายุพบว่า ส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 38.1 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ด้านโรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 ด้านอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 40.5 ด้านรายได้ของครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 42.9 ด้านความสัมพันธ์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 42.9

ตารางที่ 1 ลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศและอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	อายุ (ปี)	เพศ	อายุ (ปี)
1	ชาย	37	ชาย	38
2	ชาย	28	ชาย	28
3	ชาย	45	ชาย	44
4	ชาย	52	ชาย	53
5	ชาย	44	ชาย	44
6	ชาย	31	ชาย	30
7	ชาย	51	ชาย	52
8	ชาย	38	ชาย	38
9	ชาย	27	ชาย	27
10	ชาย	21	ชาย	22
11	ชาย	25	ชาย	24
12	ชาย	33	ชาย	33
13	ชาย	40	ชาย	41
14	ชาย	45	ชาย	45
15	ชาย	29	ชาย	30
16	ชาย	30	ชาย	32

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	อายุ (ปี)	เพศ	อายุ (ปี)
17	หญิง	35	หญิง	36
18	หญิง	55	หญิง	55
19	หญิง	41	หญิง	42
20	หญิง	48	หญิง	48
21	หญิง	49	หญิง	49
Mean		38.29		38.62
S.D.		9.82		9.84

จากตารางที่ 1 พบว่า มีการจับคู่ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เพศชายและหญิง จากตารางพบว่าเพศชาย 32 คน เพศหญิง 10 คน ส่วนอายุ ให้ช่วงอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุเท่ากันจำนวน 9 คู่ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี จำนวน 12 คู่

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n = 21)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนทดลอง (n = 21)		หลังทดลอง (n = 21)		df	t/z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด	2.90	1.04	1.24	0.94	20	3.555	<0.001
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง	1.43	1.96	0.14	0.65	20	2.555	0.011
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น	2.81	1.78	0.86	1.39	20	3.225	0.001
พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ	3.24	1.58	1.24	1.26	20	3.550	<0.001
รวมพฤติกรรมก้าวร้าว	10.38	2.56	3.48	2.04	20	11.561	<0.001

p-value < .05

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

2) เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 21)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภท	Mean	S.D.	df	t/z	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	10.38	2.56	40	1.216	0.224
กลุ่มควบคุม	11.38	2.94			

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเภท	Mean	S.D.	df	t/z	p-value
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.48	2.04	40	5.562	<0.001
กลุ่มควบคุม	12.67	3.04			

p-value < .05

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ข้อมูลคะแนนการกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คนที่	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n=21)	
	คะแนนการกำกับอารมณ์	การแปลผล (ระดับ)
1	47	ปานกลาง
2	70	สูง
3	63	สูง
4	65	สูง
5	65	สูง
6	68	สูง
7	61	สูง
8	66	สูง
9	49	ปานกลาง
10	59	สูง
11	62	สูง
12	69	สูง
13	54	ปานกลาง
14	48	ปานกลาง
15	60	สูง
16	62	สูง
17	68	สูง
18	55	ปานกลาง
19	58	สูง
20	65	สูง
21	59	สูง
Mean	60.62	ปานกลาง
S.D.	6.82	

ผลคะแนนเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับการบำบัดและการมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังการทดลองมีคะแนนความสามารถในการกำกับการบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง (43-55 คะแนน) จำนวน 5 คน ระดับสูง (56-70 คะแนน) จำนวน 16 คน นั่นคือหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนความสามารถในการกำกับการบำบัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีระดับคะแนนสูงสุด 70 คะแนน ต่ำสุด 47 คะแนน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ภายหลังจากใช้โปรแกรมการกำกับการบำบัดและการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การกำกับการบำบัดโดยเน้นการกำกับก่อนเกิดอาการทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน ปรับสถานการณ์ และจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอาการเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมในโปรแกรมที่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีต ทำให้เกิดความตระหนักรู้และอยากปรับพฤติกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์เชิงบำบัดของ Peplau²⁴ ที่เน้นการสร้างความไว้วางใจเป็นพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวช อีกทั้งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวได้²⁵ กิจกรรมที่ 2 การเลือกและปรับสถานการณ์กิจกรรมนี้สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของกลยุทธ์การกำกับการบำบัดในระยะเริ่มต้นของกระบวนการ การที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายความหมายการกำกับการบำบัดและนำไปปฏิบัติผ่านการเลือกและปรับสถานการณ์ได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Gross¹⁹ เกี่ยวกับประสิทธิผลของกลยุทธ์เชิงรุกในการป้องกันอาการทางลบ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวิเคราะห์และส่งเสริมการใช้กลยุทธ์เหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Friedman²⁰ ที่เสนอว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์โกรธได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Daffern, et al.²⁶ พบว่าการสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักสถานการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์โกรธและวิธีการจัดการช่วยลดความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 การใส่ใจต่อสถานการณ์และการสื่อสาร กิจกรรมนี้แสดงให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาทักษะการใส่ใจต่อสถานการณ์และการสื่อสารในการจัดการอารมณ์โกรธ การที่ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ กลยุทธ์การมีสติรับรู้และการเบี่ยงเบนความใส่ใจได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่หลากหลายในการจัดการกับอารมณ์โกรธ¹⁹ ครอบครัวเป็นแบบอย่างในการใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ²⁰ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และปฏิบัติตาม พร้อมทั้งฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aldao, et al.²³ พบว่าการเบี่ยงเบนความใส่ใจหรือการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดอารมณ์โกรธ และงานวิจัยของ Wibawa, et al.¹² พบว่า การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงและพฤติกรรมก้าวร้าว กิจกรรมที่ 4 การประเมินและเปลี่ยนความคิด กิจกรรมนี้เน้นการพัฒนาทักษะการประเมินและเปลี่ยนความคิดซึ่งเป็นกลยุทธ์หลักในการกำกับการบำบัด การที่ผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ใหม่และมองในมุมมองเชิงบวกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Peña-Sarrionandia²⁷ พบว่า การประเมินและเปลี่ยนความคิดเป็นการเน้นที่การมองสถานการณ์จากมุมมอง

บุคคลที่สามและพิจารณาด้านบวกของเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธ ช่วยลดความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการชี้แนะและสนับสนุนการประเมินความคิดจากมุมมองที่แตกต่าง ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Friedman เกี่ยวกับบทบาทสำคัญของครอบครัวในการสนับสนุนทักษะการปรับความคิด กิจกรรมนี้แสดงให้เห็นการบูรณาการระหว่างทฤษฎีการกำกับอารมณ์ของ Gross¹⁹ และการสนับสนุนทางสังคมในระดับครอบครัว กิจกรรมที่ 5 การตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสม เป็นการนำกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ทั้งหมดในการตอบสนองต่อสถานการณ์จริง การที่ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้กลยุทธ์หลากหลายในสถานการณ์ซับซ้อนได้ สะท้อนประสิทธิผลของการเรียนรู้แบบขั้นตอน การฝึกในสถานการณ์จำลองช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการถ่ายโอนทักษะสู่ชีวิตจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berking, et al.²⁸ เกี่ยวกับประสิทธิผลของการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายโอนทักษะไปสู่สถานการณ์จริง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออารมณ์ที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน การมอบหมายไปงานหลังจำหน่ายช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องในการพัฒนาทักษะตามแนวคิดของ Gross¹⁹ ส่งเสริมการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง และช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการกำกับอารมณ์โกรธ ทักษะการสื่อสาร การติดตามและประเมินผล กิจกรรมนี้เป็นการประเมินผลและเสริมสร้างการนำทักษะไปใช้ในชีวิตจริง การที่ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้กลยุทธ์หลากหลายร่วมกันได้อย่างยืดหยุ่น แสดงให้เห็นการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและการถ่ายโอนทักษะที่มีประสิทธิภาพ¹⁹ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดการแสดงออกทางอารมณ์และเพิ่มทักษะการสื่อสาร²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma, et al.¹⁷ ที่พบว่าครอบครัวช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการติดตามผลและการปรับปรุงทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Friedman²⁰ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การที่คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมมีปัจจัยสนับสนุนดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการกำกับอารมณ์ ของ Gross¹⁹ เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยการบกพร่องด้านการกำกับอารมณ์⁹⁻¹⁰ ขาดความสามารถในการควบคุมความโกรธ⁷ และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท¹² ซึ่งโปรแกรมการกำกับอารมณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้มีการดำเนินกิจกรรมด้วยการนำครอบครัวผู้ป่วยมามีส่วนร่วมด้วยตามแนวคิดของ Friedman²⁰ เนื่องจากกระบวนการบำบัดรักษานอกจากผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลมีส่วนในการส่งเสริม กระตุ้น ช่วยเหลือในการรับรู้ภาวะของโรคของผู้ป่วย ตั้งแต่การป้องกัน ประเมินอาการ และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu, et al.²⁹ ศึกษาบทบาทของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกงพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาและการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนในการชี้แนะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่จะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และการประเมินสถานการณ์ใหม่⁹

ทั้งนี้ จากผลการกำกับทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับอาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภททุกคนในกลุ่มทดลอง (21 คน) สามารถบรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 43 คะแนนขึ้นไป ซึ่งสะท้อนถึงการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมและการดำเนินงานที่มีคุณภาพ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 16 คน หรือร้อยละ 76.2 อยู่ในระดับสูง ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ แต่ยังสามารถพัฒนาทักษะการกำกับอาการในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย การกำกับทดลองนี้เสริมสร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการบูรณาการครอบครัวในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้น จากหลักฐานและผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับอาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในทุกด้าน ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการกำกับอาการและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญที่ควรพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ คือ ขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย และจำกัดเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สามารถนำไปใช้ทั่วไปกับผู้ป่วยในชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปได้ เนื่องจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพร้อมของครอบครัว และระบบสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน อีกทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทอาจเปลี่ยนแปลงตามบริบทของสถานการณ์และระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป ควรติดตามผลระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน จะช่วยให้เข้าใจความคงทนของผลลัพธ์และยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมฯ นี้ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทชุมชน เนื่องจากการนำครอบครัวมีส่วนร่วมนั้น ถ้าสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ช่วยลดอุปสรรคด้านการเดินทางสำหรับครอบครัว ทำให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ลดลงยังช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำโปรแกรมฯ นี้ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น อีกทั้งควรติดตามผลระยะยาว (3, 6, 9 เดือน และ 1 ปี) และขยายการศึกษาไปยังบริบทอื่น เช่น ชุมชน เพื่อส่งเสริมการดูแลเชิงรุก หรือประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยี เช่น กลุ่มสนทนาทางโซเชียลมีเดีย หรือการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้คำปรึกษาและกระตุ้นเตือนการฝึกทักษะการกำกับอาการอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มความยั่งยืนของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. ใน: รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
3. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจำแนกตามโรคประจำปีงบประมาณ 2565-2567. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2567.
4. Li W, Yang Y, Hong L, An F-R, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian J Psychiatr* 2020;47:101846.
5. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143:35-39.
6. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberg E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One* 2021;16:e0258346.
7. Araya T, Ebnemelek E, Getachew R. Prevalence and associated factors of aggressive behavior among patients with schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *Biomed Res Int* 2020;2020:1-8.
8. วุฒิชัย ขวนชนก, ภัทรภรณ์ ภัทรสกุล, สมบัติ สุกุลพรรณ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2565;36:81-97.
9. Horan WP, Hajcak G, Wynn JK, Green MF. Impaired emotion regulation in schizophrenia: evidence from event-related potentials. *Psychol Med* 2013;43:2377-91.
10. Buyuksandalyaci Tunc E, Gul O. Difficulties in emotion regulation: are they the preventable cause of suicide, impulsivity, and aggression in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub* 2023;35:38-46.
11. Caqueo-Urizar A, Fond G, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Violent behavior and aggression in schizophrenia: prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophr Res* 2016;178:23-28.
12. Wibawa IR, Hamid AYS, Daulima NHC. A phenomenological study: family experience in expressed emotion in providing care for client with risk of aggressive behavior. *Walailak J Sci Technol* 2020;17:450-9.
13. Buanasari A, Keliat BA, Susanti H. The application of acceptance commitment therapy (ACT) and family psychoeducation (FPE) to clients with schizophrenia and aggressive behavior. *Nurse Media Journal of Nursing* 2020;10:11-21.
doi: 10.14710/nmjn.v10i1.22220

14. ทวีศักดิ์ กสิผล, พิจิตรา ชุณหวิทธิธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันสนานนท์, อัมพันธ์ จารุทัศน์นงกูร. ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสภากาชาดไทย 2563;13:102-15.
15. บุคอรี มะมิง, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ. รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2566;15:62-97.
16. Tawfik A, Abd El SAEM, Harfush G, Ramadan E, Gemeay E. Effect of an emotion regulation training intervention on social functioning of patients with psychiatric disorders. *Tanta Sci Nurs J* 2021;21:122-41.
17. Ma C, Chan S, Chung Y, Ng S, Hui C, Suen Y, et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: A meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2021;51:365-75.
18. Smithnaraseth A, Seeherunwong A, Panitrat R, Tipayamongkholgul M. Hospital and patient factors influencing the health status among patients with schizophrenia, thirty days after hospital discharge: Multi-level analysis. *BMC Psychiatry* 2020;20:1-13.
19. Gross JJ. *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford; 2014.
20. Friedman M. *Family nursing: Research, theory and practice*. 5th ed. Norwalk (CT): Appleton & Lange; 2003.
21. กชพงศ์ สารการ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
22. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;85:348-62.
23. ณัฐธิดา คุ่มรอด, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560;31:136-51.
24. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons; 1952.
25. ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563;34:1-12.
26. Daffern M, Simpson K, Ainslie H, Chu S. The impact of an intensive inpatient violent offender treatment program on intermediary treatment targets, violence risk and aggressive behavior in a sample of mentally disordered offenders. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2018;29:163-88.
27. Peña-Sarrionandia A, Mikolajczak M, Gross JJ. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis. *Front Psychol* 2015;6:160.

28. Berking M, Eichler E, Luhmann M, Diedrich A, Hiller W, Rief W. Affect regulation training reduces symptom severity in depression—a randomized controlled trial. *PLoS One* 2019;14:e0220436.
29. Yu BCL, Mak WWS, Chio FHN. Family involvement moderates the relationship between perceived recovery orientation of services and personal narratives among Chinese with schizophrenia in Hong Kong: A 1-year longitudinal investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56:401-8.