



โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิต จากสารเสพติด

สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน โดยสมัครใจเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มกิจกรรมโปรแกรมการควบคุมความโกรธที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ วัดระดับคะแนนความรู้การจัดการความโกรธ และพฤติกรรมรุนแรงและประเมินอาการทางจิตด้วย Brief Psychiatric Rating Scale วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การควบคุมความโกรธ พฤติกรรมรุนแรง วันนอนโรงพยาบาลด้วย t-test

ผล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การควบคุมความโกรธ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง และวันนอนต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป โปรแกรมการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดทำให้ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมมีทักษะในการจัดการกับความโกรธทำให้พฤติกรรมรุนแรงลดลงและมีจำนวนวันนอนลดลง

คำสำคัญ : โปรแกรมการควบคุมความโกรธ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

*โรงพยาบาลศรีธัญญา



The anger control program for patients with substance induced psychosis

Sombut Pratakkunvongsa, M.N.S.*

Abstract

Objective To develop and evaluate the effect of anger control program in substance induced psychosis patients.

Materials and Methods Subjects were 40 substances induced psychosis patients entered to a control or an experiment group by voluntary. The study group received anger control program for six 1-hour sessions within two weeks. The average mean scores of anger control knowledge, Brief Psychiatric Rating Scale, violence scale, and length of stay were analyzed by t-test.

Results Violence behaviors and length of stay of patients with substance induced psychosis after using anger control program was significantly lower than before using anger control program and improve control group.

Conclusion The anger control program could empower substance induced psychosis patients to deal with anger leading to reduce in violence behaviors and length of stay

Key words : anger control program, substance induced psychosis

*Srithanya Hospital

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท¹ และมีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตถึง 3 เท่า² ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจะสัมพันธ์กับระดับของการใช้สารเสพติด^{3,4} โดยผู้ป่วยจะมีการแสดงความโกรธด้วยความก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความโกรธได้ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหา^{5,6} ส่งผลเสียต่อตนเองและผู้อื่น⁷ มีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงในสถานพยาบาลและในสังคม⁸ แนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยการจัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้นใช้ทักษะการสื่อสารหรือคำพูด การรักษาด้วยยา และการจำกัดพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง^{9,10}

โปรแกรมการควบคุมความโกรธเป็นการฝึกกระบวนการคิด ทำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถนำมาใช้ด้วยตนเองได้โดยอัตโนมัติ เพื่อจัดการกับความโกรธ และได้ระบายความโกรธออกมา อย่างเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยไม่จำเป็นต้องเก็บกดความโกรธไว้ภายในทำให้ไม่เกิดปัญหาทางกายและสภาพจิตใจ ลดการแสดงออกความโกรธออกมาภายนอกด้วยพฤติกรรมรุนแรงและช่วยการควบคุมหรือป้องกันความโกรธ โดยการสร้างความสงบตั้งแต่ภายใน¹¹ โดยมีการนำโปรแกรมการควบคุมความโกรธมาใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวซึ่งได้ผลดี^{4,12,13} ดังนั้นในการศึกษานี้เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในหอผู้ป่วยสารเสพติดโรงพยาบาลศรีธัญญา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมีอายุ 15-59 ปี และแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา อาการทางจิตสงบสามารถรับรู้เวลาสถานที่บุคคลได้ถูกต้อง เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ โดยมีคะแนนจากการใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)¹⁴ อยู่ในอาการระดับน้อย คือมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน โดยผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ การประเมินพฤติกรรมรุนแรง และวันนอน โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

โปรแกรมควบคุมความโกรธที่ผู้วิจัยพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนความคิดของตนเอง ฝึกการผ่อนคลาย ฝึกทักษะทางสังคมใหม่ พัฒนาการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดและได้เรียนรู้และแก้ไขการแสดงอารมณ์โกรธของตนเอง มี 6 กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การแยกแยะความรู้สึกและการค้นหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความโกรธเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกความแตกต่างระหว่างอารมณ์ไม่ดีและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เข้าใจถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความโกรธและ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ และความสำคัญของการฝึกควบคุมความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความโกรธ และการควบคุมความโกรธโดยการอภิปรายถึงเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และตัวชี้้นำทางกายก่อนที่จะเกิดความโกรธ

เพื่อให้ผู้ป่วยได้จดจำสิ่งที่มากระตุ้นและปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้น และสามารถหาทางในการควบคุมและจัดการกับความโกรธได้อย่างเหมาะสม ก่อนที่ความโกรธจะแสดงออกมา

กิจกรรมที่ 3 การเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเชื่อที่ทำให้โกรธ และการเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลและมีการพัฒนาหรือเปลี่ยนความคิดในการยอมรับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการควบคุมความโกรธ เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ การควบคุมความโกรธโดยการนับในใจ การสร้างจินตนาการ^{15,16} และการออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ

กิจกรรมที่ 5 การแสดงบทบาทสมมติโดยการฝึกทักษะการพูดแสดงความรู้สึกโดยใช้เทคนิคการควบคุมความโกรธจากสถานการณ์ ร่วมกับการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก

กิจกรรมที่ 6 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่นโดยให้ผู้ป่วยคิดถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทประยุกต์ใช้กับวิธีการควบคุมความโกรธ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เกิดเป็นการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเรียนรู้ของคนเราส่วนใหญ่เกิดจากการสังเกตตัวแบบ การเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบสามารถถ่ายทอดทั้ง ความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และจะช่วยสร้างพฤติกรรมใหม่ เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดพฤติกรรมได้¹⁷

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบวัดพฤติกรรมรุนแรงของ อนุชิต พิมสิม¹⁸ จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงทางกาย ต่อวัตถุสิ่งของ พฤติกรรมรุนแรงทางกายต่อผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงทางกายต่อตนเอง เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (0, 1, 2, 3) คือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยครั้ง ตลอดเวลา คะแนนรวมพฤติกรรมรุนแรงอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน (2) แบบประเมินอาการทางจิต PHUA¹⁹ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงในหัวข้อย่อยใน BPRS ประกอบด้วย P (persecution) ความรู้สึกแหว่งมีคนมุ่งร้าย H (hostility) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร U (un-cooperativeness) การไม่ร่วมมือ A (agitation) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (1, 2, 5, 7 คะแนน) คือ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย มีอาการชัดเจน มีอาการรุนแรง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4-28 คะแนน (3) แบบวัดความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธพัฒนาโดย สิริรณกา จาติเสถียร¹³ เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับลักษณะความโกรธ และการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยมีจำนวน 20 ข้อ แบบถูกหรือผิดข้อความทางบวก 8 ข้อ ข้อความทางลบ 12 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน

ผู้ป่วยตอบแบบวัดพฤติกรรมรุนแรง แบบวัดความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธและประเมินอาการทางจิต PHUA ก่อนการทดลองและเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองให้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการควบคุมความโกรธมีจำนวน 6 ครั้ง

ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์
ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงค่าความถี่
และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและ
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรม
รุนแรงและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคจิตจากสาร
เสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุม
ความโกรธด้วย t-test

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน มีอายุเฉลี่ย
30.3 (SD=7.2) สถานภาพโสดร้อยละ 82.5 ระดับ
การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 52.5 อาชีพรับจ้าง

ร้อยละ 52.5

ความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธหลัง
ได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธกลุ่มทดลอง
มีความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธมากกว่ากลุ่ม
ควบคุม

การประเมินอาการทางจิตโดยใช้ PHUA
ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงลดลง
มากกว่ากลุ่มควบคุมในแต่ละสัปดาห์

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรม
รุนแรงหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธมี
พฤติกรรมรุนแรงและจำนวนวันนอนลดลงมากกว่า
ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย
สำคัญ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธ อาการทางจิต (PHUA) พฤติกรรมรุนแรงและ
จำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

	ค่าเฉลี่ย (SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	
ความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธ			
ก่อนการทดลอง	12.1 (1.5)	11.5 (2.2)	.01
หลังการทดลอง	14.8 (0.8)	10.8 (1.5)	
อาการทางจิตโดยใช้ PHUA			
วันแรก	12.3 (2.4)	15.4 (2.1)	.01
สัปดาห์ที่ 1	7.5 (1.7)	9.8 (2.2)	
สัปดาห์ที่ 2	5.1 (1.1)	7 (1.5)	
พฤติกรรมรุนแรง			
ก่อนการทดลอง	23.4 (4.4)	24.5 (3.1)	.01
หลังการทดลอง	8.9 (2.9)	20.8 (2.3)	
จำนวนวันนอน	24.5 (3.8)	27.7 (2.5)	.01

วิจารณ์

โปรแกรมการจัดการความโกรธ สอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะในการฝึกคิด และใช้เทคนิคในการลดความโกรธ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะการตอบสนองสถานการณ์ที่มักกระตุ้นแบบทันทีทันใด ก็จะให้มีทางเลือกในการแสดงออกได้มากขึ้น และระงับไม่ให้แสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา²⁰ จะเห็นได้จาก PHUA มีคะแนนความรุนแรงลดลงในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 และคะแนนพฤติกรรมรุนแรงลดลงหลังสิ้นสุดการทดลอง ในระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่มโดยกระบวนการของกลุ่มบำบัด ช่วยกระตุ้นสมาชิกให้มี ความสัมพันธ์ การร่วมความคิดเห็น ความสนใจ การแสดงความเป็นห่วงใยกัน เกิดการรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น และมีการให้ข้อเสนอแนะ แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมซึ่งกันและกัน มีการตักเตือน และประทับประคองให้กำลังใจกัน บางเรื่องของผู้ป่วยก็มีความคล้ายคลึงกัน เป็นกระจกสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยได้กลับมามองดูตัวเอง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ได้ทราบแบบอย่าง และผลของการแสดง ความโกรธ จากประสบการณ์ของเพื่อน นำเหตุการณ์ของเพื่อนในกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับตนเอง เป็นปัจจัย

ในการรักษา และมีการเรียนรู้เกิดขึ้น²¹ และมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยอื่น การปฏิสัมพันธ์กับทั้งพยาบาลและผู้ป่วยอื่น การฝึกทักษะการผ่อนคลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง และยอมรับการเจ็บป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความเชื่อ และศรัทธาให้ผู้อื่นได้รับฟัง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นสงบเร็วขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความโกรธได้ สร้างความรู้สึกพึงพอใจให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรญา จาติเสถียร ในผู้ป่วยจิตเภท¹²

สรุป

โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมความโกรธ ทำให้เกิดทักษะทางปัญญาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักยับยั้งที่จะแสดงความโกรธออก และมีเวลาเพียงพอที่จะพิจารณาถึงวิธีการแสดงออกอื่นๆ ที่จะเป็นพฤติกรรมที่สร้างสรรค์มากกว่าที่จะก้าวร้าว ดังนั้นจึงอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมรุนแรง และจำนวนวันนอนลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. ชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล. จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;17:208-10.
2. สมพร บุษราทิ, ธาณี เศรษฐจันทร์, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. จิตเวชทันยุค 2552. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2551.
3. White HR, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Farrington D P. Development associations between substance use and Violence. *Developmental Psychopathology* 1999;11:785-803.
4. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, Weiner C. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997;154:88-93.
5. Chan HY, Lu RB, Tseng CL, Chou KR. Effectiveness of the Anger Control Program in Reducing Anger Expression in Patients with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2003;17:88-95.
6. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552; 17:129-48.
7. วาสนา แฉล้มเขตร. การพยาบาลจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สุโขทัยธรรมาธิราช; 2544.
8. Novaco RW. Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: Monahan J, Steadman HJ, editors. *Violence and Mental Disorder*. Chicago: Aldine; 1994. p. 21-59.
9. ชีระ ลีถำนันทกิจ. การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรงกับความปลอดภัยของบุคลากร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
10. ชัชชัย กฤษณะประกรกิจ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง. เอกสารประกอบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
11. Novaco RW. Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, MA: Lexington Books; 1975.
12. สิริธนา จาติเสถียร. การศึกษาการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
13. Chemtob CM, Novaco RW, Hamada RS, Gross DM, Smith G. Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10:17-36.
14. กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวชร่วม. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2546.
15. Deffenbacher JL, Lynch RS, Oetting ER, Komper CC. Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counseling Psychology* 1996;43:149-57.

16. Feindler EL, Fremouw WJ. Stress inoculation training for adolescent anger problems. In: Meichenbaum D, Jaremko ME, editors. Stress reduction and prevention. New York: Plenum Press; 1983. p.451-85.
17. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-hall; 1986.
18. อนุชิต พิมสิม. การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับโรงพยาบาลศรีธัญญา. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
19. อรวรรณ ศิลปกิจ, สุคนธ์ ชมชื่น. การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงด้วย BPRS: PHUA กับ G-HARD. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2553; 18:96-104.
20. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
21. Yalom ID. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 4th ed. New York: Harper; 1995.