ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

Effect of the Anger Management Program on Aggressive Behavior among Elderly Patients with Schizophrenia, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

ปพิชญา คณารีย์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) [1]
Papitchaya Kanaree, M.N.S. (Psychiatric Nursing and Mental Health) [1]
ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Patraporn Tungpunkom, Ph.D. (Nursing) [2]
หรรษา เศรษฐบุปผา, ปร.ด. (การพยาบาล) [3]
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: March 27, 2021 Revised: May 15, 2021 Accepted: May 19, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Master's Independent Study of Nursing Science Program in Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

[1] มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[1] Master, Program in Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
[2] Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor
[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: patraporn.t@cmu.ac.th
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
[3] Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบประเมินพุทธิปัญญา แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว มีค่าความเชื่อมั่น .80 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.719, $p < .01$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.289, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปประยุกต์ใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

คำสำคัญ: การจัดการกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the anger management program on aggressive behavior among elderly patients with schizophrenia, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The samples consisted of 18 elderly patients with schizophrenia who received medical services at Suan Prung Psychiatric Hospital and were equally divided into the experimental group (n = 9) and the control group (n = 9). The research instruments included the anger management program, the Thai Version of Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T) with reliability as .81, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the demographic record form, and the Overt Aggression Scale (OSA) with reliability as .80. The implementation and data collection were conducted from October to December, 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of aggressive behavior than that of before the experiment (Z = -2.719, $p < .01$), and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of aggressive behavior than that of the control group (Z = -3.289, $p < .01$).

This research suggests that psychiatric personnel should apply the anger management program for reducing aggressive behavior among elderly patients with schizophrenia.

Keywords: Anger management, Aggressive behavior, Elderly patients with schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป และในที่สุดจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ เป็นโรคที่ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถ (disability) โดยเฉพาะด้านการเรียนและการทำงาน อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทมีประมาณ 0.10 ต่อประชากรพันคน อัตราความชุกประมาณ 3–10 ต่อประชากรพันคน (World Health Organization [WHO], 2016) ในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคค่อนข้างสูงกว่าประชากรโลก โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 0.30 ต่อประชากรพันคน อัตราความชุกประมาณ 8.80 ต่อประชากรพันคน (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2560) จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 455,118 คน คิดเป็นร้อยละ 13.58 ของผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2561) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ มีหน้าที่ให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน รุนแรง และเรื้อรัง พบสถิติผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ 2560–2562 จำนวน 1,623 คน 1,554 คน และ 1,438 คน คิดเป็นร้อยละ 30.46, 29.81 และ 28.51 ของผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2562)

พฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแสดงออกได้ทั้งทางวาจาและพฤติกรรม โดยสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในโรคจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ซึ่งแสดงออกได้ทั้งทางวาจาและพฤติกรรม เช่น พูดจาข่มขู่ผู้อื่น ตะโกนส่งเสียงดัง ดุด่า ชกต่อยผู้อื่น หรือทำร้ายตัวเองโดยวิธีการดึงผม โขกศีรษะกับพื้น (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2556) ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของระบบประสาทและสมองร่วมด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นภายในเพิ่มเติมจากอาการทั่วไปของโรคจิตเภท ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ และตัวโรคเองก็สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้จากการมีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานจะมีรอยโรคที่สมองส่วนหน้า ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวเป็นช่วง ๆ หรือเป็นช่วงสั้น ๆ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการของโรค เช่น ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดว่าจะมีคนทำร้าย จึงแสดงความก้าวร้าวออกมา (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากร และโรงพยาบาล จากรายงาน

อุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลสวนปรุง ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 10 คน และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 และ 32.43 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2561) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยมีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นมากมาย ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้ว โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงในการก่อเหตุความรุนแรง มุ่งร้ายแก่ชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2558) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตัวบุคคล ทั้งตัวผู้ป่วย คนรอบข้าง และญาติพี่น้อง (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) นอกจากนี้ ในการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยมักตามมาด้วยการก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอยู่เสมอ โดยผู้ป่วยมักมีอาการหูแว่ว หวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย ทำให้ขาดการควบคุมอารมณ์ มีอาการเอะอะโวยวาย คลุ้มคลั่ง (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2556) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนั้น มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น สูญเสียการมองเห็นที่ชัดเจน การได้ยินที่ลดลง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า มีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย (พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ, 2559) และพบว่า ปัจจัยทางเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเพศชายมักแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากกว่าหรือรุนแรงกว่าเพศหญิง (บุษยา ศรีวรรณ์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า โปรแกรมการจัดการกับความโกรธสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ทั้งในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่า กระบวนการทางปัญญามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในแต่ละบุคคล โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว และบุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะในการควบคุมความโกรธ ซึ่งโปรแกรมได้รับการทดสอบแล้วว่ามีประสิทธิผล และมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย โดยพบว่า โปรแกรมสามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (หทัยรัตน์ ดิษฐอ๊ึง, 2550) สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ (บุษยา ศรีวรรณ์, 2552) และสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทุกคนในโรงพยาบาลสวนปรุง (ทศพล อะกะเรือน, 2559)

จากประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความโกรธดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง โดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาของโปรแกรมแต่อย่างใด แม้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทอื่นทั้งในส่วนพยาธิสภาพ ความบกพร่องในการทำงานของสมอง และสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว หากโปรแกรมการจัดการกับความโกรธสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้เป็นอย่างดี ก็จะสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

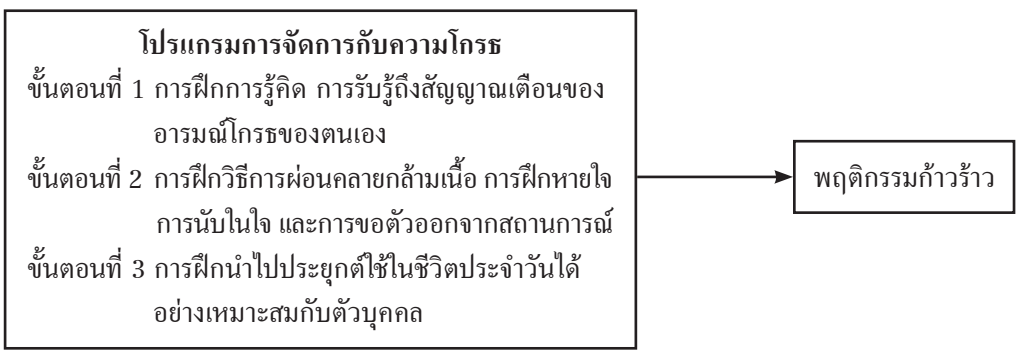
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการกับอารมณ์โกรธของ Novaco (1975) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า กระบวนการทางปัญญาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยการฝึกการรู้คิด การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของอารมณ์โกรธของตนเอง การฝึกวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การนับในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์ รวมทั้งการฝึกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแต่ละคน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างอัตโนมัติ โดยก่อให้เกิดกลไกทางปัญญา คือ เมื่อจัดการเปลี่ยนแปลงความคิดแล้ว จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในที่สุด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการรักษาในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562 2) เป็นเพศชาย 3) มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว 4) มีประวัติพฤติกรรม

ก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งประเมินจากประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และ/หรือการมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประเมินจากข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาล หรือใบบันทึกการให้ยาฉีดและยาที่ให้เมื่อมีอาการ (prn) 5) มีอาการทางจิตในระดับต่ำกว่าเกณฑ์จนถึงอยู่ในเกณฑ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (the Thai Version of Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS-T]) 6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา (the Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 8) ไม่มีโรคร่วมทางจิตและทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 9) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า 10) ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยอื่น ๆ และ 11) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือกลับมีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Cohen (1988) โดยใช้การศึกษาของพยุงศักดิ์ ฝางแก้ว และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ได้ค่าเท่ากับ 10.07 (ค่ามากกว่า 1.40 ซึ่งเป็นค่าสูงสุดในการใช้สูตรนี้) จึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.40 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 18 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 10 คน รวมจำนวน 20 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยฝ้ายคำ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยมุทิตา เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธจากงานวิจัยของหทัยรัตน์ ดิษฐอั้ง (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Novaco (1975) เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์โกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความคิด โดยสอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด ปฏิกิริยาทางกาย ลักษณะทางพฤติกรรมของความโกรธ และผลกระทบของความโกรธต่อตนเองและผู้อื่น 2) ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ โดยฝึกให้เกิดการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับความโกรธต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และ 3) ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น โดยสอนการแสดงบทบาทสมมติ ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นเตรียมความคิด มี 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรู้จักพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60–90 นาที โดยมีการเปิดกลุ่ม แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความโกรธ

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนทางร่างกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60–90 นาที โดยให้บอกผลกระทบที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ มี 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60–90 นาที โดยมีการฝึกการหายใจ การนับในใจ และการขอตัว

ออกจากสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 60–90 นาที โดยมีการฝึกพูดที่เหมาะสมเพื่อแสดงความรู้สึกต่อสถานการณ์

ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติในการนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลา 60–90 นาที โดยให้เลือกใช้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามที่ได้เรียนรู้มา ไปใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของธนา นิลชัยโกวิท, สเปญ อุ่นอนงค์, ดารเณศ เกษไสว, และปราการ ถมยางกูร (2543) ที่แปลจากแบบประเมินอาการทางจิตของ Kay, Fiszbein, and Opler ปี ค.ศ. 1987 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางบวก จำนวน 7 ข้อ ด้านอาการทางลบ จำนวน 7 ข้อ ด้านอาการทั่วไป จำนวน 16 ข้อ และด้านความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1–7 ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงมีอาการรุนแรงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าเกณฑ์ (33–39 คะแนน) ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (40–44 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ (45–55 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (56–60 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ (61–65 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์มาก (66–70 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์มาก ๆ (มากกว่า 70 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ของโสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungrojn, 2007) ที่พัฒนาจากแบบประเมินของ Nasreddine ปี ค.ศ. 2004 ครอบคลุมการประเมินด้านความตั้งใจสมาธิ บทบาทการบริหาร ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน เกณฑ์ผ่านในการวิจัยครั้งนี้ คือ 17 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และกลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ของหทัยรัตน์ ดิษฐอั้ง (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรง ของกชพงศ์ สารการ ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale [OSA]) ของ Yudofsky et al. ปี ค.ศ. 1986 แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อตนเอง จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ครั้ง

มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ครั้ง และมีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้งขึ้นไป คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–78 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และนำแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวไปทดลองใช้ โดยผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 1 คน ทำการสังเกตผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปา ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 029/2019 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารรับรอง เลขที่ 18/2562 วันที่ 2 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยฝ้ายคำ 1 และหัวหน้าหอผู้ป่วยมุฑิตา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยฝ้ายคำ 1 แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที และขอให้ทีมการดูแลผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคนทุกเวร โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยมุฑิตา แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที และขอให้ทีมการดูแลผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคนทุกเวร โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการจัดการกับความโกรธให้แก่กลุ่มทดลอง ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด ตึกฝ้ายคำ 1 โดยดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม วันละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 5 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมการดูแลประจำหอผู้ป่วยมุฑิตา

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยฝ้ายคำ 1 สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยมุฑิตา สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวกลุ่มละ 1 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 60–65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.44 ปี (*SD* = 5.38) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.78 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสม่าย/หย่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 มีอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 มีจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1–5 ครั้ง และ 6–10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.45 เท่ากัน โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 6.44 ครั้ง (*SD* = 4.10) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 11–20 ปี และ 21–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 23.22 ปี (*SD* = 11.77) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชในกลุ่ม antipsychotic drug คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60–65 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี (*SD* = 1.33) ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 มีอาชีพค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6–10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 8 ครั้ง (*SD* = 2.18) ทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 11–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 17.11 ปี (*SD* = 2.21) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชในกลุ่ม antipsychotic drug คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.719, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.714, $p < .01$ และ Z = -2.333, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	**ก่อนการทดลอง** (n = 9)		**หลังการทดลอง** (n = 9)		**Wilcoxon signed-rank test**	
	M	*SD*	*M*	*SD*	Z	*p*
ทางวาจา	1.00	.50	.00	.00	-2.714	.007
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.22	.67	.00	.00	-1.000	.317
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.78	.67	.00	.00	-2.333	.020
โดยรวม	2.00	.71	.00	.00	-2.719	.007

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.289, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.204, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	**กลุ่มทดลอง** (n = 9)		**กลุ่มควบคุม** (n = 9)		**Mann-Whitney U test**	
	M	*SD*	*M*	*SD*	Z	*p*
ทางวาจา	.00	.00	.44	.53	-2.204	.028
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.00	.00	.33	.50	-1.844	.065
โดยรวม	.00	.00	.78	.44	-3.289	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่า กระบวนการทางปัญญามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในแต่ละบุคคล โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวก่อน และบุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะในการควบคุมอารมณ์ที่มีต่อตัวกระตุ้น และควบคุมความโกรธที่เกิดขึ้นเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมก้าวร้าวที่จะตามมาได้ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การรู้จักพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการแนะนำตัว และการนำเข้าสู่การเรียนรู้เกี่ยวกับความก้าวร้าว ความโกรธ และกิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้สัญญาณเตือนทางร่างกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในขั้นตอนนี้จึงทำให้กลุ่มทดลองได้รู้จักกัน และเริ่มเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนคือความโกรธที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ขั้นตอนที่ 2 ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีการฝึกการหายใจ การนับในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์ และกิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในขั้นตอนนี้จึงทำให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ฝึกทักษะการพูด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ต่อไป และขั้นตอนที่ 3 ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติในการนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยเลือกใช้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามที่ได้เรียนรู้มา ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และสามารถจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น หลังการทดลองกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองทุกคนไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นอีกในระยะเวลา 1 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของพยุงศักดิ์ ฝางแก้ว และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการกับความโกรธโดยเน้นการปรับความคิด มีคะแนนเฉลี่ยความโกรธลดลงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ดิษฐอั้ง (2550) ที่พบว่า หลังได้รับการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภททุกคนไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับความโกรธที่จัดให้กลุ่มทดลองนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความก้าวร้าว ความโกรธ ผลกระทบต่อการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว มีการรับรู้สัญญาณเตือนของอารมณ์โกรธ และหาแนวทางการป้องกันหรือการยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งได้ฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การนับในใจ ซึ่งล้วนเป็นเทคนิคที่

ช่วยในการผ่อนคลายความเครียดที่ใช้ได้ผลดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยช่วยลดอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถควบคุมการกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีการประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มทดลองไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจา ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ ทางกายต่อตนเอง และทางกายต่อผู้อื่น ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมการดูแลประจำหอผู้ป่วย ยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจาและทางกายต่อผู้อื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางจิต โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งประกอบด้วยการประเมินอาการ การคัดแยกผู้ป่วย การเจรจาต่อรอง การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้ห้องแยก การผูกยึด การฉีดยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ โดยแนวทางปฏิบัติดังกล่าวใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงอาจทำให้การปฏิบัติบางอย่างไม่เจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพยุงศักดิ์ ฝางแก้ว และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการกับความโกรธโดยเน้นการปรับความคิด มีคะแนนเฉลี่ยความโกรธลดลงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา (2553) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปประยุกต์ใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาและพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น ติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามหลังกลับบ้านภายใน 2 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในระยะยาว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการให้โปรแกรมเพื่อการกระตุ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

ทศพล อะกะเรือน. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/39403?mode=full

ธนา นิลชัยโกวิท, สเปญ อุ่นอนงค์, ดารเณศ เกษไสว, และปราการ ถมยางกูร. (2543). เครื่องมือวัดกลุ่มอาการบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T): การตรวจสอบความแม่นตรงและความน่าเชื่อถือ. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ฯ*, *83*(6), 646–651.

บุษยา ศรีวรรณ์. (2552). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พยุงศักดิ์ ฝางแก้ว, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *33*(1), 53–69.

พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ. (2559). *สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสูงวัยขึ้น*. สืบค้นจาก https://medium.com/.../สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสูงวัยขึ้น-dd5714acc1c

พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนานนท์. (บ.ก.). (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ท โคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.

มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2556). รายงานเบื้องต้น: พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *21*(1), 57–65. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Asus/Desktop/10146-ไฟล์บทความ-129416-1-10-20160428.pdf

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2561). *สถิติรายงานอุบัติการณ์ กลุ่มโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2561*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2562). *สถิติผู้ป่วยใน โรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (2553). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *18*(2), 105–112.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

หทัยรัตน์ ดิษฐอ๊ัง. (2550). *การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์* (การศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991).

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2556). *การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว*. สืบค้นจาก https://www.gotoknow.org/posts/520965

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hemrungrojn, S. (2007). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA Thai version 15 March 2007*. Retrieved from www.http://mocatest.org

Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Book. Retrieved from http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/fileadmin/user_upload/Accepted_procedures/anger.pdf

World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/