

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

Effect of the Anger Management Program on Aggressive Behavior among Patients with Alcohol-use Disorders, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

พัชรวาลี ปันศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Patcharawalee Pansak, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ภัทรภรณ์ ภัทรสกุล, ป.ด. (การพยาบาล) ²

หรรษา เศรษฐบุปผา, ป.ด. (การพยาบาล) ³

Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. (Nursing) ²

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 25, 2023

Revised: December 16, 2025

Accepted: December 17, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² 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 Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว มีค่าความเชื่อมั่น .90 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Fisher's exact test, independent *t*-test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.754, p < .01$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.915, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: การจัดการกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the anger management program on aggressive behavior among patients with alcohol-use disorders. The samples consisted of 18 patients with alcohol-use disorders in Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 9$) and a control group ($n = 9$). The research instruments included the anger management program, the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) with a reliability of .90, a demographic data form, and the Overt Aggression Scale with a reliability of .90. The implementation and data collection were conducted from January to April 2020. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Fisher's exact test, independent *t*-test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower score of aggressive behavior than before the experiment ($Z = -2.754, p < .01$); and 2) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower score of aggressive behavior than the control group ($Z = -2.915, p < .01$).

This research suggests that psychiatric personnel should utilize the anger management program for reducing aggressive behavior among patients with alcohol-use disorders.

Keywords: Anger management, Aggressive behavior, Patients with alcohol-use disorders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-use disorders [AUD]) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชกลุ่มหนึ่งซึ่งรวมถึงปัญหาและความเจ็บป่วยทางจิตใจหลายระดับเริ่มตั้งแต่การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (hazardous dinking) การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful drinking) หรือการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา (alcohol abuse) ไปจนถึงโรคติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และโรคจิตเวชที่เกิดจากการติดแอลกอฮอล์ (alcohol-induced disorders) (สาวิตริ อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) จากการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือ Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) module J เพื่อการวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์และภาวะการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบความชุกของความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 5.30 แบ่งออกเป็นความชุกของภาวะการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา ร้อยละ 3.50 และภาวะติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.80 (พันธุันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ พบว่ามีผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 1,150 คน 1,082 คน และ 1,210 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2565ก)

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ในส่วนผลกระทบต่อร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีโอกาสเป็นโรคตับอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดโรคจิตจากแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็น

กลุ่มอาการของโรคจิตที่เกิดขึ้นขณะมีการเสพแอลกอฮอล์อย่างมาก โดยจะมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (Schuckit, 2005) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีปัญหาการทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว ร้อยละ 48.80 และมีปัญหาขาดกรรมในครอบครัว ร้อยละ 53.30 โดยวัยรุ่นที่มีบิดาเป็นโรคติดแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากกว่าวัยรุ่นที่บิดาไม่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ถึง 11.50 เท่า ส่วนวัยรุ่นที่บิดามารดาเป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นที่บิดามารดาไม่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ถึง 13.50 เท่า (บัณฑิต สรไพศาล, 2553) เนื่องจากต้องรองรับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของบิดามารดาที่มีอาการมาจากการดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลง่าย รู้สึกอับอาย อีกทั้งพบว่าสามีที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีการทำร้ายร่างกายภรรยาถึงร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสามีที่ไม่ดื่มถึง 3.84 เท่า (สาวิตริ อัยฉางค์กรชัย, 2565) และผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ประเทศไทยมีการสูญเสียเศรษฐกิจไปกับการดื่มแอลกอฮอล์และค่ารักษาพยาบาลมากถึง 250,000 บาทต่อคนต่อปี (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

จากรายงานของโรงพยาบาลสวนปรุงในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 16 คน 18 คน และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55, 15.65 และ 16.15 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2565ข) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้เกิดปัญหาในการดูแลทั้งตัวผู้ป่วย บุคลากร และโรงพยาบาล การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ ได้แก่ 1) แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของสมองด้อยลงเกี่ยวกับการตัดสินใจ การใช้เหตุผล การยับยั้งชั่งใจ การวางแผน การรับรู้ ความเข้าใจ การรับ

ข้อมูล และการแปลสิ่งต่าง ๆ นำไปสู่การประเมินที่ไม่ถูกต้อง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยง 2) การเปลี่ยนแปลงของระดับ serotonin โดยผู้ที่มีระดับ serotonin ต่ำ จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีระดับ serotonin สูง และ 3) พันธุกรรม พบว่าบุตรที่บิดามารดามีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อโตขึ้นมักมีปัญหการดื่มแอลกอฮอล์ และบุตรที่บิดาดื่มแอลกอฮอล์ มักมีพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่นและมีความก้าวร้าวสูงกว่าคนทั่วไป (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556) ซึ่งความก้าวร้าวที่เกิดขึ้นเริ่มจากการที่บุคคลได้รับสิ่งคุกคามหรือความต้องการถูกขัดขวาง ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล เมื่อความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกโกรธ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

การจัดการหรือการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ยังไม่มีการจัดการหรือการดูแลที่เฉพาะเจาะจง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การบำบัดรักษาด้านชีวภาพ ประกอบด้วย ก) การรักษาด้วยยา โดยการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง (น้ำจิต กุลอ่อน, 2552) และ ข) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้กระแสไฟฟ้าปริมาณน้อยผ่านบริเวณศีรษะ เพื่อให้เกิดอาการชัก ซึ่งเป็นวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง โรคจิตเภท และผู้ป่วยที่มีอาการวุ่นวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) 2) การบำบัดรักษาด้านกายภาพ ประกอบด้วย ก) การจำกัดพฤติกรรม ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีท่าทีคุกคาม เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ข) การใช้ห้องแยก และการผูกมัด และ ค) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมบำบัดในช่วงที่อารมณ์สงบ เป็นการส่งเสริมให้ได้ฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการแสดงออกที่เหมาะสม และ 3) การบำบัดรักษาด้าน

จิตสังคม ประกอบด้วย ก) การบำบัดทางพฤติกรรม (behavior therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การกล้าแสดงออกที่เหมาะสม โดยมีการเสริมแรงทางบวกเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และการฝึกทักษะในการผ่อนคลายเมื่อมีอารมณ์โกรธ ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ข) การบำบัดทางความคิด (cognitive interventions) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาจากการทำหน้าที่ของความคิดที่ไม่สมเหตุผล เป็นการตรวจสอบความคิดและพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง ค) การบำบัดด้วยกลุ่ม (group therapy) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา ง) การบำบัดทางครอบครัว (family therapy) ช่วยลดความโกรธ และแก้ไขปัญหในการแสดงปฏิกิริยาการตอบสนองของครอบครัว (น้ำจิต กุลอ่อน, 2552) จ) การบำบัดด้วยคำพูด (verbal intervention) เป็นการบำบัดที่เน้นเมื่อผู้ป่วยแสดงความโกรธที่มีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (กัญญาวรรณ ระเบียบ, 2555) และ ฉ) การจัดการกับความโกรธ (anger management) เป็นการศึกษาชีวิต หลักคำคัญเน้นที่ความคิด สิ่งเข้าทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Novaco, 1994) โดยการจัดการกับความโกรธเป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักความโกรธ ลักษณะของพฤติกรรม และสัญญาณเตือนทางกายที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์โกรธ สัญญาณที่บ่งบอกถึงการสูญเสียการควบคุมความโกรธ และเรียนรู้แนวทางในการตอบสนองความโกรธตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เรียนรู้ความแตกต่างของการตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก จากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Tardiff, 1999 อ้างถึงในน้ำจิต กุลอ่อน, 2552) การป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นที่จะต้องควบคุม จัดการกับความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากความโกรธเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธจะเน้นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผ่านกระบวนการการปรับกระบวนการคิด ให้เรียนรู้ความโกรธ และจัดการกับความโกรธ (Novaco, 1994)

แนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1994) ได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผ่านกระบวนการการปรับกระบวนการคิดของผู้ป่วย และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น โดยมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท ดั้งการศึกษาของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 100 ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลย และการศึกษาของน้ำจิต กุลอ่อน (2552) ที่ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 19 คน สามารถจัดการกับความโกรธของตนเองได้เหมาะสม ยกเว้นผู้ป่วย 1 คน มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดในระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังการบำบัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา (2553) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตที่ติดสารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้ในการจัดการความโกรธ คะแนนพฤติกรรมรุนแรง และวันนอนแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

โรงพยาบาลสวนปรุงมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมิน HoNos หมวด 1 ซึ่งเป็นหมวดที่ประเมินปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมมากเกินไป หรือจากพฤติกรรมก้าวร้าว รบกวนผู้อื่น วุ่นวาย หรืออยู่ไม่สงบ มีการใช้ห้องแยกการบริหารยา การจัดสิ่งแวดล้อม (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560) ซึ่งระบบการดูแลดังกล่าวสามารถระงับพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในระยะเวลาสั้นๆ แต่ยังไม่สามารถจัดการกับกระบวนการคิดที่มีผลต่ออารมณ์โกรธที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ทั้งนี้มีการศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (ทศพล อะกะเรือน, 2559) แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีการดำเนินโรคและการบำบัดรักษาที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1975) มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง หากผลลัพธ์เป็นไปในทางบวก จะได้นำโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ในงานประจำ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

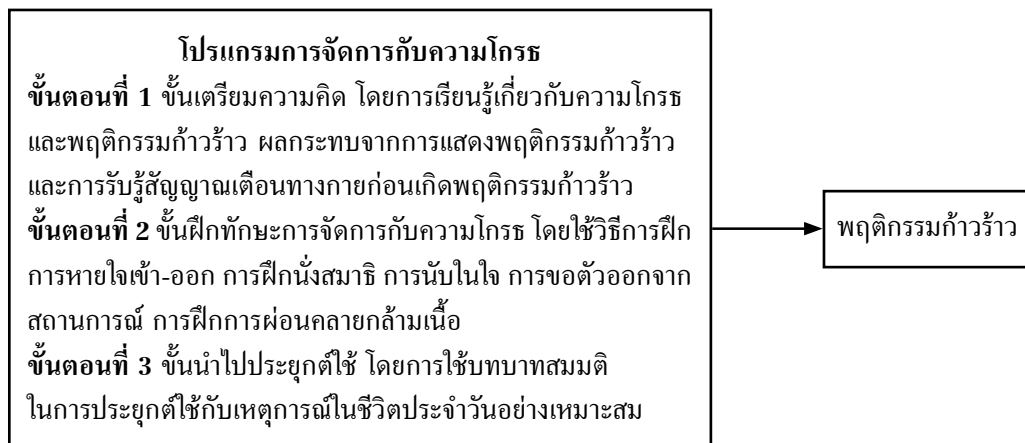
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1975) มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย

ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า กระบวนการทางปัญญามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งการฝึกกระบวนการคิดทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้โดยอัตโนมัติด้วยตนเอง โดยกลไกการเกิดกระบวนการทางปัญญาและการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมความโกรธประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความคิดเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้สัญญาณเตือนทางกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 2)

ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ เป็นการฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และ 3) ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ เป็นการใช้บทบาทสมมติในการประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยเชื่อว่า หากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับโปรแกรม จะเกิดกระบวนการทางปัญญา เกิดความคิดใหม่ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการเรียนรู้ในการใช้ทักษะการควบคุมความโกรธ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR หรือเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และได้รับการรักษา

แบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 เดือน ซึ่งประเมินจากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งนี้ และ/หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินจากข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ หรือบันทึกการให้ยาฉีดและยาตามอาการ (prn) 2) ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์

ที่รุนแรง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษ แอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version [CIWA-Ar]) 3) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชและโรคร่วมทางกายที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ 4) อายุ 19–59 ปี 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือกลับมีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.40 ซึ่งเป็นค่าสูงสุดจากตารางการคำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล ของ Cohen (1988) (จากการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา [2553] ได้ขนาดอิทธิพล 4.54) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 18 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1975) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ และ ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

1. ขั้นเตรียมความคิด มีกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรู้จักพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ

แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความโกรธ จากนั้นสอนเกี่ยวกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และกระบวนการคิด

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย ก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้บอกผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และอธิบายถึงการรับรู้สัญญาณเตือนทางกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นร่วมกันหาแนวทางการป้องกันหรือยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว

2. ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ มีกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ฝึกการหายใจเข้า-ออก การฝึกนั่งสมาธิ การนับในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ฝึกการพูดที่เหมาะสมเพื่อแสดงความรู้สึกต่อสถานการณ์ และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3. ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ มีกิจกรรม 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติในการนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้เลือกใช้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามที่ได้เรียนรู้มา ไปใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Saunders (1987 อ้างถึงในพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนิน บุญเจริญ, และสุนทรี ศรีโกสโย, 2549) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก 5

ตัวเลือก และ 8 ตัวเลือก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-67 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อย (น้อยกว่า 8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่า 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก และกลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตในงานวิจัยของหัตถ์รัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของกษพงศ์ สารการ (2542) ซึ่งได้แปลและดัดแปลงจากแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale) ของ Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, and Williams (1986) แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อตนเอง จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ครั้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ครั้ง และมีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้งขึ้นไป โดยนับจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยแต่ละคนรวมกัน และนับจำนวนคนที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90 และนำแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวไปทดลองสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 โรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทำการสังเกตผู้ป่วยคนเดียวกัน หอผู้ป่วยละ 5 คน รวมจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน ได้ค่าเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 031/2019 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 25/2562 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกรุณา 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยกรุณา 3 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และขอให้ทีมการดูแลผู้ป่วยทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคนทุกเวอร์ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และขอให้ทีมการดูแลผู้ป่วยทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคนทุกเวอร์ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด หอผู้ป่วยกรุณา 3 ให้ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ โดยดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มวันละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 5 วันติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมการดูแลประจำหอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 ทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 ทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ independent t-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบ

พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.33 ปี ($SD = 8.96$, $Med = 38$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 66.67 จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 0–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 6.22 ครั้ง ($SD = 8.70$, $Med = 2$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 0–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.44 ปี ($SD = 2.92$, $Med = 3$) อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.89 โดยอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเฉลี่ย 16.67 ปี ($SD = 2.55$, $Med = 15$) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชกลุ่ม benzodiazepine คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.78 ปี ($SD = 7.21$, $Med = 43$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.78 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.44 จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ

88.89 โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 2.33 ครั้ง ($SD = 2.55$, Med = 1) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 0–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.60 ปี ($SD = 2.87$, Med = 2) อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.89 โดยอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเฉลี่ย 18.11 ปี ($SD = 2.15$, Med = 18) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชกลุ่ม benzodiazepine คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.754$, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่นต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.810$, $p < .01$ และ $Z = -2.826$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	ก่อนการทดลอง (n = 9)		หลังการทดลอง (n = 9)		Wilcoxon signed-rank test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทางวาจา	1.22	.44	.00	.00	-2.810	.005
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.89	.33	.00	.00	-2.826	.005
โดยรวม	2.11	.60	.00	.00	-2.754	.006

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.915$, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.204$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมและรายรูปแบบไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 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	.22	.44	-1.458	.145
โดยรวม	.00	.00	.67	.50	-2.915	.004

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี
คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลอง
และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง
เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อีกทั้งพบว่า หลังการ
ทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา
ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง
ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ซึ่งผู้วิจัยใช้
โปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิด
พฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง
(2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ
ของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่า กระบวนการทางปัญญา
มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของ
บุคคล การฝึกกระบวนการคิดทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยจะมีการ
เปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุ
ของพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการ
จัดการกับความโกรธ และสามารถนำไปใช้ได้โดย
อัตโนมัติด้วยตนเอง โดยโปรแกรมประกอบด้วย
3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด เป็นการ

เรียนรู้เกี่ยวกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว กระบวนการ
การคิด ผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และ
การรับรู้สัญญาณเตือนทางกายก่อนเกิดพฤติกรรม
ก้าวร้าว รวมทั้งการหาแนวทางการป้องกันหรือยับยั้ง
พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นให้ลดลงหรือหยุดลงได้ ขั้นที่ 2
ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ เป็นการฝึกการ
กำจัดความโกรธด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกการหายใจ
เข้า-ออก การฝึกนั่งสมาธิ การนวดในใจ การขอตัวออกจาก
สถานการณ์ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รวมทั้ง
การฝึกทักษะการพูดแสดงความรู้สึก และขั้นที่ 3 ขั้นนำ
ไปประยุกต์ใช้ เป็นการใช้บทบาทสมมติ และนำสิ่งที่ได้
เรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิต
จริงได้และสามารถจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง
ได้อย่างเหมาะสม จากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อผู้ป่วยที่มีความ
ผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับโปรแกรม
การจัดการกับความโกรธ จึงเกิดกระบวนการทางปัญญา
เกิดความคิดใหม่ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความโกรธ
ของตนเอง มีการเรียนรู้การใช้ทักษะการจัดการกับ
ความโกรธ และแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม
อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่ง
ผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของพวงศักดิ์
ฝางแก้ว และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ที่พบว่า

หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการกับความโกรธโดยเน้นการปรับความคิด มีคะแนนความโกรธลดลงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการสอนการจัดการกับความโกรธร้อยละ 100 ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา (2553) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธ มีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติอื่นในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังการทดลองเป็น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อทดสอบความคงอยู่ของผลของโปรแกรม และหากเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นซ้ำในระยใด ควรมีการให้โปรแกรมห้โปรแกรมดังกล่าวเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กษพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัญญารัตน ระเบียบ. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทศพล อะกะเรื่อน. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/39403?mode=full>

ทานตะวัน สุระเดชาสกุล. (2556). เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง แอลกอฮอล์กับความรุนแรง. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

น้ำจิต กุลอ่อน. (2552). การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ (การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บัณฑิต ศรีไพศาล. (2553). การวิจัยพฤติกรรม การดื่ม และการรับรู้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษา เยาวชนอายุ 9-25 ปีทั่วประเทศ ปี 2552. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

ปริทรรศ ศิลปกิจ, และ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์.

พญุศักดิ์ ผางแก้ว, และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 53-69.

- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จูชา, อธิบ ตันอารีย์, ปาทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา. (2560). รายงานการศึกษาเรื่อง ความชุกของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนดาการพิมพ์.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และ สุนทรี ศรีโกไสย. (บ.ก.). (2549). แนวเวชปฏิบัติ การให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิชัย. (บ.ก.). (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2560). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปีพ.ศ. 2560. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2565ก). สถิติผู้ป่วยใน ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2565. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2565ข). สถิติรายงานอุบัติการณ์ กลุ่มโรคผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2565. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (2553). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 18(2), 105–112.
- สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย. (บ.ก.). (2565). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: วนดาการพิมพ์.
- หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง. (2550). การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (การศึกษาระดับปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington Books.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21–59). The University of Chicago Press.
- Schuckit, M. A. (2005). Alcohol-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry Vol. 1* (pp. 1168–1188). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35–39. doi:10.1176/ajp.143.1.35