

ผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวต่อการควบคุมตนเอง
และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

The Effects of an Aggressive Behavior Prevention Program on Self-Control and
Aggressive Behavior among Patients with Schizophrenia

บุคอรี มะมิง¹, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ^{2*}, วีณา คันฉ่อง²

Bukhori Maming¹, Vineekarn Kongsuwan^{2*}, Weena Chanchong²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
²สาขาวิชาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Student of Master of Nursing Science Program (Psychiatric and Mental Health Nursing),
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

(Received: October 5, 2025; Revised: February 12, 2026; Accepted: February 15, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวต่อการควบคุมตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการควบคุมตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว มีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน เท่ากับ 1.00 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการควบคุมตนเองของโรเซนบัม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการควบคุมตนเองที่ดีขึ้นและลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว การควบคุมตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภท

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vineekarn.k@psu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study, two-group pretest–posttest design, aimed to examine the effects of an aggressive behavior prevention program on self-control and aggressive behavior among patients with schizophrenia. The sample consisted of 50 patients with schizophrenia aged 20 – 59 years who were admitted to the psychiatric ward of Yala Hospital. Participants were equally assigned to an experimental group (n = 25) and a control group (n = 25). The research instruments included: (1) data collection tools comprising a demographic questionnaire, a self-control assessment scale (Cronbach’s alpha = .85), and an aggressive behavior assessment scale (Cohen’s kappa = 1.00); and (2) the intervention instrument, namely the Aggressive Behavior Prevention Program. The program was developed by the researcher based on Rosenbaum’s self-control theory and an extensive literature review. It consisted of seven sessions, each lasting 60 minutes, conducted over a two-week period. Content validity was evaluated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests. The results revealed as follows.

1. After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean self-control scores and significantly lower mean aggressive behavior scores compared to their pre-intervention scores (*p-value* < .001).

2. Post-intervention, the experimental group had significantly higher mean self-control scores and significantly lower mean aggressive behavior scores than the control group (*p-value* < .05).

These findings indicate that the Aggressive Behavior Prevention Program effectively enhanced self-control and reduced aggressive behavior among patients with schizophrenia. The program should therefore be considered as a guideline for nursing care of patients with schizophrenia.

Keywords: Aggressive Behavior Prevention Program, Self-control, Aggressive Behavior, Patients with Schizophrenia

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก โดยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 23 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 0.29 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2025) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความผิดปกติเด่นด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว (ชมพูนุท กาศคำบา, 2567; McCutcheon, Marques, Howes, 2020) พฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกมาในลักษณะของความก้าวร้าวทางวาจา ความก้าวร้าวต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น และความก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, Williams, 1986) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 33.3 (Li, Yang, Hong, An, Ungvari, Ng, et al., 2020) และมีแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าประชากรทั่วไป 4 - 6 เท่า (Jeyagurunathan, Lau, Abidin, Shafie, Chang, Samari, et al., 2020) สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 5,887 คน คิดเป็นร้อยละ 25.92 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยในที่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.67, 33.05 และ 33.52 ของผู้ป่วยในทั้งหมดตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 90

(2/16)

(เวชระเบียนหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา, 2568) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเภทกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อันเนื่องมาจากความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และการควบคุมตนเอง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และจำเป็นต้องได้รับการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบในสถานพยาบาลจิตเวช และจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยปัจจัยภายในประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน การได้รับพิษจากสารเสพติดหรือสุรา และความบกพร่องในการทำงานของระบบลิมบิกในสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน นอกจากนี้ยังพบปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพหรือการเลี้ยงดู ความกดดันจากสภาพแวดล้อมและสังคม รวมถึงการได้รับปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ เช่น การขาดการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดหรือสุรา (ศิริพรรณ ธนินชัย, จินตนา ยูนิพันธ์, 2562; Townsend, Morgan, 2020; Varcariolis, Carson, Shoemaker, 2018) ทั้งนี้จากการทบทวนบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา พบว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการความผิดปกติของความคิด การรับรู้ ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน และบกพร่องในการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด หรือการได้รับปัจจัยกระตุ้นเพียงเล็กน้อย

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกผิด ความเครียด และความทุกข์ทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำจนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล (González-Rodríguez, Seeman, 2020) ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลที่จะต้องเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล ภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมดังกล่าว อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่น ความเสียหายของทรัพย์สินสาธารณะ และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, 2567; Weltens, Bak, Verhagen, Vandenberk, Domen, 2021) ดังนั้นแนวทางการป้องกันและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านกายภาพ เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การผูกยึดร่างกาย และการใช้ห้องแยก 2) การจัดการด้านจิตวิทยา เช่น การช่วยเหลือด้วยการพูดคุย และ 3) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การลดสิ่งกระตุ้น การจัดสิ่งแวดล้อมและจัดกิจกรรมบำบัดโดยการเลือกใช้แนวทางการดูแลและพิจารณาตามสาเหตุ หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย (Keltner, Steele, 2019; Videbeck, 2020) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดด้วยโปรแกรมทางการแพทย์ เช่น การฝึกทักษะสติบำบัด การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ บุคอรี่ มะมิง และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ (2566) พบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดการความโกรธและการเฝ้าระวังความเสี่ยง รวมถึงการดูแลแบบเชิงรับในระยะหลังวิกฤต ซึ่งเน้นการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว มากกว่าการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองและการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะยาว

ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าวมักเกิดจากการกลไกที่ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุม หรือยับยั้งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยการแสดงออกทางต่อต้านทั้งทางร่างกาย คำพูด หรือปฏิกริยาต่าง ๆ (Gao, Liu, Yang, Wei, Wang, 2023) ดังนั้นการเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-control) จึงมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม และสามารถลดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ (Ronen, Rosenbaum, 2010; Rosenbaum, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริยุพร บุสหงส์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ปาลิดา พละศักดิ์ (2568) รวมถึง อัญชลี วิจิตรปัญญา, ญัฐพัชร์ สุรินทร์วิทย์, มยุรี กลับบงษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2565) ที่ได้นำแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-control) มาใช้ในการฝึกทักษะการควบคุมตนเองให้ผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงและป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ยังพบว่าการเสริมสร้างการควบคุมตนเองจากภายในสามารถลดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ (สกลินี พุ่มพวง, จริญญา แก้วสกุลทอง, ธีรนาถ บุญญาธิการ,

2568) และในปัจจุบันยังพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมหรือกำกับตนเองจากภายในที่นำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะมีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยอาจจะมีประสิทธิภาพ และไม่ครอบคลุมต่อปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบ การนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองมาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ถือเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงของอาการทางจิต (เจนวิทย์ ณาคะโร, วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ, อรวรรณ หนูแก้ว, 2566) ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำหรือทวีความรุนแรง ตลอดจนช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำ (Relapse) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในภาวะอาการสงบ (Remission) ได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการศึกษานี้เป็นการจัดทำโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการและการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวให้สามารถฝึกการควบคุมและกำกับตนเอง มีการแสดงออกและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และยังเป็น การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปใช้ชีวิตได้กับครอบครัว สังคมและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

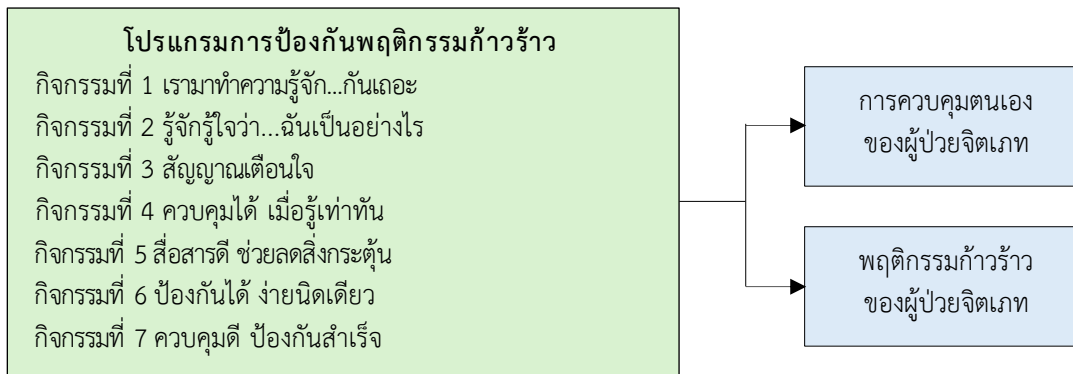
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการควบคุมตนเองและคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการควบคุมตนเอง และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติในระยะก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุม ตนเองสูงกว่า และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-control) ของ Rosenbaum (1990) โดยมุ่งเน้น การควบคุมและกำกับตนเองจากภายใน โรเซนบัมได้อธิบายเกี่ยวกับการควบคุมตนเองว่าเป็นการกระทำที่ใช้ กระบวนการคิดอย่างมีจุดมุ่งหมายภายใต้การควบคุมของจิตใจที่จะรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยการควบคุมความคิด อารมณ์ และความต้องการของตนให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งเป็นกลไก การควบคุมตนเองจากภายในตัวบุคคล ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวกอย่างสมเหตุสมผล โดยมีรูปแบบของ การควบคุมตนเองตามแนวคิดของโรเซนบัม (Rosenbaum, 1990) ประกอบด้วย 1) การติดตามกำกับตนเอง 2) การใช้ความคิด การรับรู้ และการประเมินตนเองต่อสถานการณ์ในการควบคุมตนเอง 3) การประยุกต์กลวิธีใน การแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น 4) การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น และ 5) การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการและการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท (น้ำจิต กุลอ่อน, จำเริญ สุรวางกูร, ธนิสร มหานัด, 2564; พงศ์ศักดิ์ ผางแก้ว, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562; เพชร คันธสายบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์, 2563; วรณิ ศิรินทรงกูร, นพรัตน์ ไชยขำนิ, เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, 2562; ศิริยุพร บุสหงส์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, โปริยทิพย์ สันตะพันธุ์, ปาลิดา พละศักดิ์, 2568; Mei, Wen, 2021) สามารถสรุป กิจกรรรมได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 118 คน (เวชระเบียนหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) มีอายุ 20 - 59 ปี 2) อาการสำคัญหรือประวัติการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 1 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษา (คะแนน OAS มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน) 3) มีอาการทางจิตระดับน้อย ซึ่งจะต้องมีคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 4) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ หรือสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 5) อาจมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ การใช้สารเสพติดที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายหรืออาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนตามกำหนด

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากการศึกษาของ อัญชลี วิจิตรปัญญา, ฌัญฐพัชร สุนโรวิทย์, มยุรี กลั้ววงษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2565) ที่มีการศึกษาตัวแปรและประชากรใกล้เคียงกัน ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 ได้ค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร เท่ากับ 1.27 เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) ผู้วิจัยจึงปรับลดขนาดค่าอิทธิพลที่ยอมรับได้เป็น .80 (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจทดสอบ (Power Analysis) ที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Drop Out) ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray, Grove, Sutherland, 2017) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 50 คน กลุ่มละ 25 คน จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการใช้สารเสพติด และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการควบคุมตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ อัญชลี วิจิตรปัญญา, ฌัญฐพัชร สุนโรวิทย์, มยุรี กลั้ววงษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2565) ที่พัฒนาจากแนวคิดการควบคุมตนเองของ

Rosenbaum (1990) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงเป็นส่วนใหญ่มากจริงน้อย และไม่จริง จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาโดย Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, Williams (1986) เป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมตามลักษณะและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ลักษณะแบบบันทึก (Checklist) 4 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ รวมจำนวน 16 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ในแต่ละข้อ แล้วนำคะแนนทั้ง 4 ด้าน มารวมกัน ในกรณีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหลายข้อในแต่ละด้าน จะนำข้อที่มีคะแนนมากที่สุดของแต่ละด้านมาคิดคะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้การทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-control) ของ Rosenbaum (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 6 - 7 คน จำนวน 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 2 สัปดาห์

3. เครื่องมือคัดเลือกร่วมตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของ กรมสุขภาพจิต (2563) มีข้อคำถาม 18 ข้อ ต้องมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (มีอาการทางจิตระดับน้อย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงในโรงพยาบาลหน่วยงานรัฐในภาคใต้ จำนวน 25 คน แบบประเมินการควบคุมตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .85 และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินโดยการสังเกตของพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater Reliability) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa) เท่ากับ 1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี เพื่อทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยก่อนและหลังทดลอง พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched Pair) โดยพิจารณาจากเพศและคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ที่ใกล้เคียงกัน จากนั้นจับฉลากชื่อของกลุ่มตัวอย่างโดยชื่อที่ขึ้นมาก่อนเป็นกลุ่มทดลอง และชื่อที่จับฉลากขึ้นมาทีหลังเป็นกลุ่มควบคุม และยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

4. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มย่อย โดยแต่ละกลุ่มย่อยประกอบด้วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 6 - 7 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม 2 สัปดาห์ต่อกลุ่มย่อย และดำเนินการกิจกรรมเดือนละ 1 กลุ่มย่อย ทั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับ

การดูแลแบบปกติ ซึ่งดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มบำบัดแบบปิด (Closed Group Therapy) โดยมีการกำชับให้เก็บรักษาเนื้อหากิจกรรมของโปรแกรมเป็นความลับ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นการทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการควบคุมตนเองด้วยตนเอง และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ให้ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที โดยแต่ละกลุ่มย่อยจะใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 2 สัปดาห์

ตาราง 1 รายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว (2 สัปดาห์)

ครั้งที่/ชื่อ	วัตถุประสงค์	รายละเอียด	ผลลัพธ์
สัปดาห์ที่ 1			
ครั้งที่ 1 เรามาทำความรู้จัก... กันเถอะ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ 2. เพื่อให้มีความตระหนักรู้ ในตนเองและกำหนด พฤติกรรมเป้าหมายที่ ต้องการเปลี่ยนแปลง	- กิจกรรม “สัญลักษณ์” ทำความรู้จักกันผ่าน การสำรวจข้อดีและข้อควรปรับปรุงของตนเอง เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง - กิจกรรม “นี่คือ...เป้าหมายของฉัน” กระตุ้น ให้กำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) ที่ต้องการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว	- สามารถระบุข้อดีและข้อควรปรับปรุง ของตนเอง ทบทวนถึงพฤติกรรมเดิมของ ตนเอง พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน - สามารถกำหนดเป้าหมายในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ครั้งที่ 2 รู้จักตัวเอง... ฉันเป็น อย่างไร	1. เพื่อให้มีการตระหนักรู้และ รับรู้ถึงสาเหตุ พร้อมทั้ง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคที่เจ็บป่วย สาเหตุ วงจร การเกิด และผลกระทบ พฤติกรรมก้าวร้าว 2. เพื่อให้มีการสังเกตตนเอง และบันทึกพฤติกรรมที่เสี่ยง ต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตนเอง	- กิจกรรม “สาเหตุและผลกระทบของ พฤติกรรมก้าวร้าว” สร้างความเข้าใจถึง ผลกระทบจากพฤติกรรมก้าวร้าว และทบทวน การควบคุมตนเองจากเหตุการณ์ที่ผ่านมา - กิจกรรม “โรคจิตเภทกับพฤติกรรมก้าวร้าว” ให้ความรู้เรื่องโรค และเกิดความคิดเชิงบวกต่อ การแก้ไขปัญหา - กิจกรรม “บันทึกพฤติกรรมของฉัน” ฝึก การสังเกตและบันทึกลักษณะการแสดงออก พฤติกรรมของตนเอง	- รู้จักและยอมรับตนเอง รับรู้ถึงสาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม ก้าวร้าว โดยการทบทวนเหตุการณ์ที่ ผ่านมา แลรับรู้ความสามารถในการควบคุม ตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น - มีการติดตามกำกับลักษณะการแสดงออก พฤติกรรมของตนเองจากเหตุการณ์ ที่ ผ่านมา โดยการสังเกต (Self-observation) พฤติกรรมตนเองก่อนเข้าและขณะรับ การรักษา
ครั้งที่ 3 สัญญาณ เตือนใจ	1. เพื่อให้สามารถประเมิน การแสดงออกของอารมณ์ และร่างกายต่อสถานการณ์ ที่เป็นตัวกระตุ้นทางลบได้ อย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้เข้าใจสัญญาณ เตือนใจและอารมณ์ของตนเอง ได้อย่างถูกต้อง	- กิจกรรม “สัญญาณเตือนภัยของร่างกาย” ให้ ผู้ป่วยสังเกตและประเมินอาการที่เป็นสัญญาณ เตือน (Warning Sign) ของปฏิกิริยาก่อนการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าวจากใจที่ยึดมั่นการและ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง - กิจกรรม “ระดับอารมณ์ของฉัน” ให้ตระหนัก และรับรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีผลต่อ อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง	- สามารถสังเกตการแสดงออกทางอารมณ์ และร่างกายจากอาการที่เป็นสัญญาณเตือน ของการเริ่มเปลี่ยนแปลง - สามารถระบุสภาพอารมณ์ของตนเองได้ ถูกต้อง พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์ ที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้
ครั้งที่ 4 ควบคุมได้ เมื่อรู้เท่าทัน	1. เพื่อเรียนรู้การควบคุม ตนเองผ่านการจัดการอาการ เตือนทางร่างกายและอารมณ์ 2. เพื่อฝึกทักษะการควบคุม ตนเองและพัฒนาความสามารถ ในการรอคอยผลตอบแทน อย่างเหมาะสม	- กิจกรรม “วิธีการป้องกันที่ผ่านมา” ให้ผู้ป่วย รับรู้และเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่จะมากระตุ้น ในทางลบของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว - กิจกรรม “เบากาย สบายใจ” ฝึกทักษะ การการฝึกทักษะการรับรู้ลมหายใจ ทักษะ การทำให้สงบโดยใช้เทคนิคการนับเลข และ ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมประเมิน การควบคุมด้วยตนเองภายหลังการฝึกทักษะ	- สามารถบอกวิธีการและฝึกทักษะ การควบคุมตนเองโดยการควบคุมอารมณ์ และการผ่อนคลาย เช่น การรับรู้ลมหายใจ การทำสมาธิโดยใช้การนับเลข และฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกาย - สามารถประเมินการควบคุมด้วยตนเอง ภายหลังการฝึกทักษะ แล้วนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้

ครั้งที่/ชื่อ	วัตถุประสงค์	รายละเอียด	ผลลัพธ์
ครั้งที่ 5 สื่อสารดี ช่วยลดสิ่งกระตุ้น	1. เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมเรียนรู้การจัดการอย่างเหมาะสม 2. เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสมและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าว	- กิจกรรม “สิ่งกระตุ้นของฉัน” ให้ผู้ป่วยสำรวจและค้นหาสิ่งกระตุ้นหรือปัจจัยกระตุ้นของตนเอง เพื่อให้สามารถจัดการและควบคุมกับสิ่งกระตุ้นได้ - กิจกรรม “สื่อสารดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” ฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึกที่เหมาะสมในการส่งเสริมการควบคุมตนเอง และป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	- สามารถสำรวจและค้นหาสิ่งกระตุ้นหรือปัจจัยกระตุ้นของตนเองทั้งภายในและภายนอก เช่น การไม่รับประทานยา การใช้ยาเสพติดซ้ำ และสะท้อนถึงปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ - สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจและถ่ายทอดความรู้สึก ความต้องการหรืออารมณ์ของตนเองได้เหมาะสม
สัปดาห์ที่ 2			
ครั้งที่ 6 ป้องกันได้ ง่ายนิดเดียว	1. เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนและเหมาะสม 2. เพื่อให้สามารถนำทักษะในการควบคุมตนเองไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นขั้นตอน	- กิจกรรม “ปัญหานี้ ป้องกันได้” ให้ผู้ป่วยร่วมกันค้นหาสาเหตุ ผลกระทบ การสังเกตอาการเตือน และเลือกวิธีการในการจัดการและควบคุมตนเองจากปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว - มอบหมายไปกิจกรรมที่ 7 “บันทึกพฤติกรรมของฉัน” ให้สำรวจและบันทึกลักษณะการแสดงออกพฤติกรรมในชีวิตประจำวันขณะอยู่โรงพยาบาล จำนวน 3 วัน	- สามารถแก้ไขปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น โดยเลือกใช้สถานการณ์ที่น่าสนใจมาใช้ในการฝึกบทบาทสมมติ (Role Play) และเลือกใช้ทางเลือกที่ไม่รุนแรงเมื่อเผชิญกับความขัดแย้ง - สามารถค้นหาสาเหตุ ผลกระทบ และเลือกวิธีการในการจัดการและควบคุมตนเองได้เหมาะสม
ครั้งที่ 7 ควบคุมดี ป้องกันสำเร็จ	1. เพื่อทบทวนและสรุปทักษะการควบคุมตนเอง พร้อมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน 2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการฝึกทักษะ	- กิจกรรม “บันทึกพฤติกรรมของฉัน” (มอบหมายจากกิจกรรมครั้งที่ 6) ติดตามผลการบันทึกลักษณะการแสดงออกพฤติกรรมภายหลังจากนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันขณะอยู่โรงพยาบาล - กิจกรรม “ประเมินตนเองในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว” ให้ประเมินผลหลังการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง พร้อมร่วมกันแลกเปลี่ยนถึงปัญหา/อุปสรรค	- สามารถสังเกตลักษณะพฤติกรรมของตนเองในชีวิตประจำวัน ขณะรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลได้ - สามารถบอกแนวทางและวิธีการแก้ไข ปัญหาของตนเอง และร่วมแลกเปลี่ยนถึงวิธีการแก้ปัญหาในอดีต ข้อดี ข้อเสีย และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมตนเองที่นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้ได้รับการดูแลแบบปกติตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ การประเมินอาการและพฤติกรรม การจำกัดพฤติกรรม การผูกมัดร่างกายโดยใช้นวัตกรรมบ้องโรโบคอป การแยกผู้ป่วยในห้องแยก การให้ยาฉีดตามแผนการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อม การสนทนาเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด

ขั้นหลังการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบประเมินการควบคุมตนเอง และให้ผู้ช่วยวิจัยสังเกตเพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังทดสอบของกลุ่มทดลอง (Normality) ด้วยค่า Skewness value และ Kurtosis value มีค่าอยู่ระหว่าง -1.96 ถึง 1.96 ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่า Skewness value และ Kurtosis value พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติและทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน ซึ่งพบค่า Levene's test มากกว่า 0.05 แสดงว่าความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสรับรอง PSU IRB 2024-St-Nur 030 (Internal) ลงวันที่ 5 กันยายน 2567 และจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา รหัสโครงการวิจัย 40/2567 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^b
ชาย	21	84.00	21	84.00	
หญิง	4	16.00	4	16.00	
อายุ (ปี)					.284 ^c
M = 39.40 (SD = 9.15)			M = 35.84 (SD = 9.19)		
20 - 29 ปี	4	16.00	6	24.00	
30 - 39 ปี	10	40.00	11	44.00	
40 - 49 ปี	4	16.00	6	24.00	
50 - 59 ปี	7	28.00	2	8.00	
สถานภาพ					.397 ^c
โสด	19	76.00	18	72.00	
สมรส	1	4.00	3	12.00	
หย่าร้าง	5	20.00	3	12.00	
หม้าย	0	0.00	1	4.00	
ศาสนา					.702 ^b
พุทธ	5	20.00	3	12.00	
อิสลาม	20	80.00	22	88.00	
ระดับการศึกษา					.164 ^c
ไม่ได้ศึกษา	2	8.00	7	28.00	
ประถมศึกษา	12	48.00	10	40.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า	4	16.00	5	20.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	5	20.00	3	12.00	
ปริญญาตรี	2	8.00	0	0.00	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อาชีพ					.581 ^c
ไม่ได้ทำงาน	9	36.00	10	40.00	
รับจ้าง	12	48.00	13	52.00	
เกษตรกรกรรม	2	8.00	2	8.00	
ค้าขาย	1	4.00	0.00	0.00	
อื่น ๆ	1	4.00	0.00	0.00	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต (ปี)					.060 ^c
<i>M</i> = 9.04 (<i>SD</i> = 6.15)			<i>M</i> = 7.44 (<i>SD</i> = 5.10)		
0 - 5 ปี	8	32.00	14	56.00	
6 - 10 ปี	9	36.00	2	8.00	
11 - 15 ปี	3	12.00	6	24.00	
16 - 20 ปี	4	16.00	3	12.00	
มากกว่า 20 ปี	1	4.00	0.00	0.00	
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน (ปี)					.287 ^c
ไม่ใช้	3	12.00	4	16.00	
0 - 5 ปี	7	28.00	6	24.00	
6 - 10 ปี	6	24.00	4	16.00	
11 - 15 ปี	3	12.00	4	16.00	
16 - 20 ปี	4	16.00	5	20.00	
มากกว่า 20 ปี	2	8.00	2	8.00	
ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน					
ยาบ้า	16	64.00	19	76.00	.355 ^a
กัญชา	2	16.00	0	0.00	.110 ^b
ใบกระท่อม	10	40.00	16	64.00	.105 ^a
ยาไอซ์	3	12.00	0	0	.235 ^b
บุหรี่	15	60.00	19	76.00	.225 ^a
เหล้า เบียร์ ไวน์	1	4.00	1	4.00	1.000 ^b
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					.465 ^c
ไม่มีรายได้	7	28.00	9	36.00	
น้อยกว่า 2,500 บาท	9	36.00	7	28.00	
2,501 - 5,000 บาท	5	20.00	4	16.00	
5,001 - 7,500 บาท	1	4.00	4	16.00	
7,501 - 10,000 บาท	3	12.00	1	4.00	

^a = Pearson Chi-Square, ^b = Fisher's exact test, ^c = Likelihood ratio

จากตาราง 2 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 84 และเพศหญิง ร้อยละ 16 โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 40 (*M* = 39.40, *SD* = 9.15) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 76 ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 44 (*M* = 35.84, *SD* = 9.19) และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 72 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาอิสลาม พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 80 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 88 โดยทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48 และร้อยละ 40 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้าง พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 48 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 52

สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 36 ($M = 9.04$, $SD = 6.15$) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0 – 5 ปี ร้อยละ 56 ($M = 7.44$, $SD = 5.10$) ระยะเวลาการใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบันของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0 – 5 ปี โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 28 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 24 ประเภทสารเสพติดที่ใ้มากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมาคือการใช้ยาสูบหรือการใช้ใบกระท่อม ด้านรายได้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะคุณสมบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้สถิติ Paired t-test

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 25$)

ตัวแปร	M	SD	t	p-value (1-tailed)
คะแนนการควบคุมตนเอง				
ก่อนได้รับโปรแกรม	56.12	6.53	-16.582	< .001
หลังได้รับโปรแกรม	76.20	4.92		
คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว				
ก่อนได้รับโปรแกรม	11.08	2.63	20.407	< .001
หลังได้รับโปรแกรม	1.20	1.38		

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองหลังได้รับโปรแกรม ($M = 76.20$, $SD = 4.92$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 56.12$, $SD = 6.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.58$, $p\text{-value} < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังได้รับโปรแกรม ($M = 1.20$, $SD = 1.38$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 11.08$, $SD = 2.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.41$, $p\text{-value} < .001$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้สถิติ Independent t-test

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 50$)

ตัวแปร	M	SD	t	p-value
คะแนนการควบคุมตนเอง				
ก่อนได้รับโปรแกรม			-215	.830 ^b
กลุ่มทดลอง	56.12	6.53		
กลุ่มควบคุม	56.48	5.21		
หลังได้รับโปรแกรม			15.111	< .001 ^a
กลุ่มทดลอง	76.20	4.92		
กลุ่มควบคุม	57.24	3.90		

ตัวแปร	M	SD	t	p-value
คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว				
ก่อนได้รับโปรแกรม			-215	.831 ^b
กลุ่มทดลอง	11.08	2.63		
กลุ่มควบคุม	10.92	2.63		
หลังได้รับโปรแกรม			-15.594	< .001 ^a
กลุ่มทดลอง	1.20	1.38		
กลุ่มควบคุม	9.46	2.22		

^a = 1-tailed, ^b = 2-tailed

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 76.20, SD = 4.92$ และ $M = 57.24, SD = 3.90$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 1.20, SD = 1.38$ และ $M = 9.46, SD = 2.22$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นและคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนการควบคุมตนเองและคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดการควบคุมและกำกับตนเองด้านความคิด การจัดการอารมณ์ และความต้องการในทางที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่ดีขึ้น นำไปสู่การเผชิญปัญหาต่อความเครียด สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามองค์ประกอบการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ดังนี้

1) การติดตามกำกับตนเอง (Self-monitoring) โดยการสำรวจข้อดีและข้อควรปรับปรุงของตนเอง รวมถึงการติดตามลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรมผ่านการสังเกตตนเอง (Self-observation) ช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง อันนำไปสู่แรงจูงใจภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมก้าวร้าวยังช่วยเพิ่มความรู้อและความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจนยังช่วยให้สามารถควบคุมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิทยพร บุสหงส์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ปาลิตา พละศักดิ์ (2568) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มุ่งมั่นในการกำหนดเป้าหมาย สามารถสร้างพฤติกรรมที่ตนเองมุ่งหวังได้อย่างคงทนและถาวร

2) การใช้ความคิด การรับรู้ และการประเมินตนเองต่อการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกาย (Cognitive Restructuring) โดยการตระหนักรู้เท่าทันเหตุการณ์ที่มากระตุ้นในทางลบผ่านกระบวนการสังเกตอาการที่เป็นสัญญาณเตือน (Warning Sign) ลักษณะปฏิกิริยาก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดการเชื่อมโยงวงจรสถานการณ์และจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ คาดการณ์ผลดีหรือผลเสียของการแสดงอารมณ์นั้นออกมาได้ (Mei, Wen, 2021) ส่งผลให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3) การประยุกต์กลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้น (Problem Analysis) พบว่า มีส่วนช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยกระบวนการฝึกจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้การระบุปัญหา การหยุดคิดก่อนตอบสนอง การหาแนวทางแก้ไข ประเมินและเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali, Abed, Elmalky (2024) นอกจากนี้ยังมีการนำทักษะไปประยุกต์ในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะ

และเกิดความมั่นใจในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง สามารถถ่ายทอดทักษะผ่านประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะในการควบคุมตนเองที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดียิ่งขึ้น (พญุศักดิ์ ผางแก้ว, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562)

4) การควบคุมสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (Increasing Awareness of Stimuli and Behavior) เป็นกระบวนการที่มุ่งจัดการกับปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผู้ป่วยได้รับการฝึกให้สำรวจและตระหนักถึงสิ่งกระตุ้นทั้งภายใน เช่น อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก รวมถึงสิ่งกระตุ้นภายนอกที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม การตระหนักช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่มีผลต่อความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (วรรณิ ศิรินทรานุกร, นพรัตน์ ไชยขำนิ, เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน, 2562) สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenbaum (1990) ที่อธิบายถึงการควบคุมตนเองผ่านความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self-efficacy) เพื่อใช้เป็นกลไกในการเผชิญและจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (Practising Self-control) โดยการฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques) และการฝึกการสื่อสารเชิงบวกโดยใช้คำพูดเพื่อแสดงความรู้สึกอย่างเหมาะสม เป็นทักษะที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย ซึ่งการผ่อนคลายช่วยลดระดับความตึงเครียดทางร่างกายและอารมณ์ ขณะที่การฝึกการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความรู้สึกออกมาอย่างสร้างสรรค์ แทนที่จะใช้ความรุนแรงในการตอบสนอง สอดคล้องกับงานของ อติศร รักษกุล (2558) ที่พบว่า การกำกับอารมณ์ด้วยวิธีการฝึกทักษะสามารถลดความรุนแรงของพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การฝึกซ้ำอย่างต่อเนื่องยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง (Self-efficacy) และสามารถใช้ทักษะดังกล่าวในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในสถานการณ์จริง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rosenbaum, 1990)

แม้ว่าผลการวิจัยจะเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ แต่เมื่อพิจารณาพบว่ากลุ่มควบคุมบางคนมีคะแนนการควบคุมตนเองที่เพิ่มขึ้นจากเดิมและมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงกว่าเดิม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับที่ได้รับการดูแลแบบปกติตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ การประเมินอาการและพฤติกรรม การให้ยาชนิดตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนด้านจิตสังคม เช่น กิจกรรมกลุ่มบำบัด การสนทนาเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น (กรมสุขภาพจิต, 2568; Townsend, Morgan, 2020) จึงสะท้อนถึงความสำคัญของการได้รับการดูแลแบบปกติที่ยังคงเป็นรากฐานที่มีความสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับการดูแลแบบปกติมีคะแนนการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สามารถเสริมสร้างการควบคุมตนเองและลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากผลการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะและศักยภาพการควบคุมตนเอง ตลอดจนช่วยลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเน้นการจัดการและการควบคุมตนเองจากปัจจัยภายใน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม อีกทั้งยังช่วยเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญและจัดการกับปัญหา หรือสถานการณ์กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้เป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

2. หน่วยงานบริการสุขภาพจิตสามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง 7 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการฝึกทักษะซ้ำ จนสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลหลังการทดลอง เพื่อประเมินความคงอยู่ของทักษะการควบคุมตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก้าวร้าว
2. ควรขยายการประยุกต์ใช้โปรแกรมและตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ไปยังกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่มีความบกพร่องในการควบคุมความคิด อารมณ์ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดร่วมด้วย หรือผู้ป่วยจิตเวชในสถานพินิจ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่าง

คำแถลงการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนขอแถลงว่า ได้ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เพื่อช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและการปรับปรุงการเรียบเรียงต้นฉบับ โดยการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการศึกษา เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ภายใต้การให้คำแนะนำและกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2568). *มาตรฐานการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- เจนวิทย์ ณาคะโร, วินีภาญจน์ คงสุวรรณ, และอรวรรณ หนูแก้ว. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 10(3), e258203. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/258203/179688>
- ชมพูนุท กาบคำบา. (2567). กลุ่มโรคจิตเภทและกระบวนการพยาบาล. ใน เนตรชนก แก้วจินทา และชมพูนุท กาบคำบา (บรรณาธิการ). *การพยาบาลจิตเวช (Psychiatric nursing)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำจิต กุลอ่อน, จำเนียร สุรวางกูร, และธนีสร มหานัด. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(3), 23-41. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/253833/174058>
- บุคอรี มะมิง และวินีภาญจน์ คงสุวรรณ. (2566). รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 15(1), 62-97. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/254159?utm_source=chatgpt.com
- พยุงค์ดี ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 53-69. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/185658/130519>
- เพชรี คันธสายบัว และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2563). การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 14(1), 55-69. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/241210/165220>
- วรรณิ ศิรินทรงกูร, นพรัตน์ ไชยขำนิ, และเสาวลักษณ์ ยิ้มเนียน. (2562). การพัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 68-85. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/232442/158818>

- วินีกาญจน์ คงสุวรรณ. (2567). *การพยาบาลจิตเวช: ภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และจิตเวชฉุกเฉิน*. สงขลา: สยามพรี้นติ้ง. เลขทะเบียนหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา. (2568). *สถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568* [เลขทะเบียนที่ไม่ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลยะลา.
- ศิริกัญญา บุสหงส์, เกษราภรณ์ เคนบุพผา, โปริยทิพย์ สันตะพันธ์, และปาลิดา พละศักดิ์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อความเสี่ยงการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 40(2), 268-284. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/271700>
- ศิริพรรณ ธนชัย และจินตนา ยูนิพันธ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารแพทยนิวส์*, 46(3), 536-551. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/185617>
- สาธิตี พุ่มพวง, จริญญา แก้วสกุลทอง, และธีรนาถ บุญญาธิการ. (2568). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 8(2), e276907. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/276907/188864>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากระบบบริการสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อดิสร รักสกุล. (2558). *ผลของโปรแกรมกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา, ณีกรรพัสร์ สุนโรวิทย์, มยุรี กลั้ววงษ์, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2565). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 68-85. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/249064/175303>
- Ali, A. M., Abed, G. A., & Elmalky, M. E. (2024). Effect of problem-solving skills training on positive symptoms and suicidal thoughts among patients with schizophrenia. *Menoufia Nursing Journal*, 9(4), 155–170.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gao, L., Liu, Y., Yang, J., Wei, Y., & Wang, Y. (2023). Correlation between aggressive behavior and impulsive and aggressive personality traits in stable patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 801–809. <https://doi.org/10.2147/NDT.S404176>
- González-Rodríguez, A., & Seeman, M. V. (2020). Addressing delusions in women and men with delusional disorder: Key points for clinical management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4583. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124583>
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research* (8th ed.). Missouri: Elsevier.
- Jeyagurunathan, A., Lau, J. H., Abdin, E., Shafie, S., Chang, S., Samari, E., et al. (2022). Aggression amongst outpatients with schizophrenia and related psychoses in a tertiary mental health institution. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 777388. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.777388>
- Keltner, L. N., & Steele, D. (2019). *Psychiatric Nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

- Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H., et al. (2020). Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 101846. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101846>
- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia: An overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- Mei, C. H., & Wen, C. O. (2021). Effects of integrated violence intervention on alexithymia, cognitive, and neurocognitive features of violence in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Brain Sciences*, 11(7), 837-856.
- Ronen, T., & Rosenbaum, M. (2010). Developing learned resourcefulness in adolescents to help them reduce their aggressive behavior: Preliminary findings. *Research on Social Work Practice*, 20(4), 410-426.
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness: On Coping Skills, Self-control, and Adaptive Behavior*. Springer Publishing.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-based Practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2018). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach* (8th ed.). Saunders Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental Health Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., & Domen, P. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors: A systematic review of the literature. *PLOS ONE*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>
- World Health Organization. (2025). *Schizophrenia*. Retrieved November 20, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- 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.