

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความโกรธ เป็นสภาวะอารมณ์ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่จนถึงขั้นโกรธอย่างรุนแรง คลุ้มคลั่ง เตือดดาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในร่างกาย เช่นอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับฮอร์โมน epinephrine และ norepinephrin (American Psychological Association, 2005) ความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท มีบริบทที่สำคัญได้แก่ ความผิดปกติในกระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ความผิดปกติในการรับรู้ ขาดทักษะการแสดงออกทางสังคม ร่วมกับความด้อยในประสบการณ์ที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ การควบคุมอารมณ์ การมองตนเองและผู้อื่นแคบ ขาดการแปลความ แปลเจตนาของผู้อื่น พุดถึงตนเองในด้านลบ ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหาด้วยความสามารถที่จะระงับอารมณ์ของตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธได้ง่าย ส่งผลให้เกิดการแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม (Novaco, 1994) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ สีนบุญรัชชัย, 2549) โดยเฉพาะอาการหลงผิด หวาดระแวง ทำให้มีการตีความหรือแปลความไปในทางลบ จากลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง บกพร่องในการควบคุมความขัดแย้ง ไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ (Chan & Chou, 2003 ; Jung, 2000)

การแสดงความโกรธเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ เป็นอาการสำคัญส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช ส่งผลให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เสียเวลาในการทำงานของผู้ดูแล ตัวผู้ป่วยก็ทำงานร่วมกับผู้อื่นไม่ได้ ทำให้ไม่มีงานทำต้องตกเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตจากภาระทางด้านเศรษฐกิจและภาระจากการดูแลตามมา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลและคุณภาพสังคมลดลง มีผลกระทบเกี่ยวเนื่องกันเป็นวงจรร จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงความโกรธ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ความสามารถในการจัดการความโกรธน้อย เมื่อถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ เช่น ต้องอยู่โรงพยาบาลด้วยความไม่เต็มใจ การถูกกระตุ้นจากผู้ป่วยอื่น ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือการฝึกทักษะในการจัดการความโกรธ ทำให้มีการแสดงความโกรธออกมาในลักษณะของพฤติกรรม

รุนแรง ส่งผลให้ทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ต้องประเมิน เฝ้าระวัง และป้องกัน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการแสดงความโกรธของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการแสดงความโกรธและรับไว้รักษา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา (งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2550) สรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการแสดงความโกรธและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน 2) ครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระจากการที่ผู้ป่วยว่างงานหรือต้องออกจากงาน เพราะมีเรื่องขัดแย้ง ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน 3)ญาติหรือครอบครัวมีความรู้สึกหวาดกลัว รู้สึกหวั่นใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเคยแสดงมาก่อน เช่น หงุดหงิด ตาขวาง ตวาดเสียงดัง ถี้อารูธ ถี้อดาบไล่ฟันเพื่อนบ้าน 4) ผู้ป่วยระบายความโกรธด้วยการใช้สารเสพติด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความโกรธมีแนวโน้มที่จะแสดงความโกรธ ไม่เหมาะสมได้อีก

การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ป่วยและผู้ดูแล บุคลากรในหอผู้ป่วย มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแสดงความโกรธรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อาการทางจิตไม่สงบ ความคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความโกรธ ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อัตราการครองเตียง ระยะเวลานอนนาน ความแออัด ภาวะเบียดในการอยู่โรงพยาบาล บรรยากาศที่ไม่สุขสบาย ขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ต้องการ เช่น โทรศัพท์ในการติดต่อกับญาติ ผู้ป่วยด้วยกัน มีการช่วยกันเองเกิดการชกต่อย ทำร้ายกัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ด้านบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล คือ ความหลากหลายของระดับผู้ดูแล พฤติกรรมการบริการ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ก็เป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสมได้ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความโกรธได้ง่าย คือ การได้รับคำสบประมาท ล้อเลียนจากเพื่อนบ้าน ความคับข้องใจจากปฏิริยาของคนในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่รังเกียจ มองผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นภาระ ไม่มีประโยชน์ ต่อว่าผู้ป่วยว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา และต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิต บางรายถูกคนในชุมชนหลีกเลี่ยงการพบปะ มีความรู้สึกรังเกียจ กลัวผู้ป่วยจะทำร้าย ถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้งให้ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวจนเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความหงุดหงิด เครียด กัดค้น ขุ่นเคือง และเกิดความโกรธเป็นอย่างมาก

การแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่พบเป็นอันดับหนึ่ง คือ การแสดงออกด้านคำพูด เช่น การพูดคำหยาบ คำทอ รongลงมาคือด้านการกระทำ เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การทำลายสิ่งของ ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย เช่น ประคูดินต่าง แก้ว เตียงนอน ภาชนะใส่อาหาร (ข้อมูลรายงานประจำปีฝ่ายแผนงานและประเมินผล

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2551) ส่วนผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์มักเกิดจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้เกิดความโกรธ หวาดกลัว อยากลาออกจากงาน เสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2541) รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2549-2551 จำนวน 230 ครั้ง, 252 ครั้ง และ 269 ครั้ง ตามลำดับ (ข้อมูลรายงานประจำปี ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2551) และการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยหนึ่งหอผู้ป่วย มีผู้ป่วยที่แสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมรุนแรง ปี พ.ศ.2549-2551 จำนวน 9, 12 และ 16 ราย ตามลำดับ

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ มุ่งเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่นในระยะมีอาการ ส่วนวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การรักษาด้วยยา ซึ่งสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Horwath & Coumos, 1999, Kumar & Sedgwick, 2001) ให้เกิดผลการรักษาในระยะยาว อย่างไรก็ตาม แม้ว่ายาจะมีประโยชน์ต่อการรักษาและการควบคุมความรุนแรงของโรค แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงความโกรธยังไม่สามารถจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม การจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการแสดงความโกรธ และรับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก ระยะเวลาและบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนจำกัด เป็นเพียงแนวทางการปฏิบัติในโรงพยาบาล (work in) และปัญหาดังกล่าวยังไม่ได้รับการขจัดหรือแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดจากการแสดงความโกรธมีอัตราเพิ่มขึ้น (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2550) ซึ่งในความเป็นจริง ความโกรธมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทุกขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์มากระทบ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม ปัญหาทางการแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกทักษะในการจัดการความโกรธ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน กระทั่งสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้ ยังมีการป่วยซ้ำการจัดการกับอาการที่หลงเหลือและการแสดงออกยิ่งจะทำให้มีความเสื่อมลงอย่างมาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความสามารถในการจัดการความโกรธ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึงพอใจต่อการจัดบริการทางการแพทย์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการแสดงความโกรธ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ของตนเองได้เต็มศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กองการพยาบาล, 2538) ในทีมสุขภาพพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการสอนและฝึกทักษะการจัดการความโกรธเพื่อให้ผู้ป่วยมีการแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการนำรูปแบบการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มาใช้ในการศึกษาการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของ Hui-Ya Chan (2003) สิริินภา จาติเสถียร (2547) และกัลยา สุวรรณสิงห์ (2548) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความโกรธลดลง นอกจากนี้การศึกษาของหรรษา แก้วพูลปกรณ์ (2541) นำไปใช้กับนักศึกษาอาชีวศึกษาพบว่าทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวน้อยลง ต่อมา ทศไนย วงศ์สุวรรณ(2542) ใช้หลักการของ Novaco (1975) จัดการความโกรธในนักเรียนวัยรุ่น พบว่ามีการแสดงความโกรธออกภายนอกลดลง และสามารถจัดการความโกรธได้มากขึ้น สำหรับ Chemtob et al.(1997) นำไปใช้จัดการความโกรธในทหารผ่านศึกเวียดนาม ส่วน Taylor et al., (2002) นำโปรแกรมการจัดการความโกรธใช้กับผู้ป่วยที่มีความด้อยทางปัญญา พบว่าผู้ป่วยมีความโกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการจัดการความโกรธเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมการจัดการความโกรธ ตามแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มาปรับปรุงและพัฒนา ซึ่งโปรแกรมมีแนวคิดพื้นฐานว่าตัวแปรทางปัญญาย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิกริยาทางกาย (Physiological) และลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ และผลกระทบที่เกิดจากความโกรธนั้น 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) ฝึกให้เกิดการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับความโกรธที่เกิดจากการตอบสนองสถานการณ์ที่มากกระตุ้น โดยเน้นการฝึกสอนตนเอง 3) การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยฝึกการจินตนาการ (Imagery) การแสดงบทบาทสมมติ (Role-Play) จนกระทั่งเกิดเป็นการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาว ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต ที่นำมาใช้โดยกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว การควบคุมตนเองไม่เป็นอันตรายแต่ไม่เป็นประโยชน์(สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองได้โดยการประคับประคองสนับสนุน สอน จัดสิ่งแวดล้อมเป็นครั้งคราว ปฏิบัติกิจกรรมได้ พุดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้โดยเริ่มตนเอง ไว้วางใจพยาบาล ฟัง และโต้ตอบได้ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย และ Vital organ (เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่ง

ประเทศไทย, 2536 : กรมสุขภาพจิต, 2542) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างราบรื่น เป็นการดูแลทางด้านจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยา โดยผู้ศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบในกระบวนการกลุ่ม มีผู้ช่วยศึกษา 1 ท่าน การศึกษานี้เป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Hamric and Sposs, 1999) ในด้านทักษะการเป็นผู้นำในทางคลินิกและการเป็นผู้ชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และมีทักษะในการปรับตัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Kaplan, 1995)

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธ

### คำถามการศึกษาคืออะไร

การแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธเหมาะสมกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธหรือไม่อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธ ตามแนวคิดของ Novaco (1975) เพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงความโกรธไม่เหมาะสมให้มีการแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม การแสดงความโกรธสามารถแสดงออกมาได้ 3 ทาง ได้แก่ 1) การแสดงความโกรธออกภายนอก (Anger out , Expression ) มี 2 ลักษณะคือการแสดงความก้าวร้าวออกมาทั้งวาจาและพฤติกรรม กับบุคคลและทรัพย์สิน ได้แก่ การตะโกน เตะ ถีบ ทำร้าย ทูบทำลาย รวมทั้งการแสดงความโกรธออกมาโดยการแสดงข้อคิดเห็น (Assertive) เป็นการแสดงความรู้สึกด้วยเหตุผล แต่ไม่ใช่การแสดงความก้าวร้าว ซึ่งเป็นการแสดงความโกรธที่ดีที่สุด 2) การเก็บความโกรธไว้ภายใน (Anger in, Suppression ) โดยการหยุดคิดเกี่ยวกับความโกรธและพยายามมองในแง่บวก เป็นการเก็บกดความโกรธเอาไว้ในความคิดและความทรงจำ ทั้งที่ยังมีความรู้สึกโกรธอยู่ ความโกรธที่ถูกกดเอาไว้จะหันมาที่ตัวเอง มีผลต่อสุขภาพจิตเกิดภาวะซึมเศร้าและทำให้เกิดโรคทางกายเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจตามมาเพราะไม่เคยแสดงความรู้สึกโกรธต่อผู้อื่นโดยตรง (Spielberger et al., 1985) 3) การจัดการความโกรธ (Anger Management, Clamming ) เป็นการสร้างความสงบตั้งแต่ภายใน คือการพยายามที่จะจัดการหรือป้องกันการแสดงความโกรธ ไม่ได้

เพียงแต่การจัดการภายนอกเท่านั้นแต่ยังจัดการการตอบสนองภายในของตัวเองด้วย โดยใช้ขั้นตอนที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยลง สงบตัวเอง และปล่อยความรู้สึกให้บรรเทาลง ซึ่งจะมีผลทางบวกต่อการแสดงความสามารถแบบการแสดงข้อคิดเห็น (Assertive) โดยขั้นตอนการจัดการความโกรธ 3 ขั้นตอนของ Novaco (1975) คือ 1) การเตรียมความคิด 2) การฝึกซ้อมทักษะ และ 3) การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มาใช้เป็นกิจกรรมดำเนินการในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาวให้แสดงความโกรธอย่างเหมาะสม โดยใช้แนวทางการศึกษาของ สิริินภา จาติเสถียร (2547) ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มาประยุกต์ใช้ ในการกำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการศึกษา และการประเมินผล และมีแนวคิดพื้นฐานว่า การจัดการความโกรธมีผลต่อการแสดงความสามารถ จึงควรป้องกันและลดปัญหาไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงความสามารถที่ไม่เหมาะสม โดยส่งเสริมและฝึกทักษะในการจัดการความโกรธ และเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาวและระยะเวลา ผู้ศึกษาปรับกิจกรรมจาก 8 กิจกรรมเป็น 6 กิจกรรมตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการความโกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมความคิดที่สัมพันธ์กับความโกรธ (Cognitive preparation) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิกริยาทางกาย (Physiological) และลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้น ผลทางบวกและลบของความโกรธนั้น สมาชิกในกลุ่มจะได้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง พยายามแยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นให้โกรธ รวมทั้งลักษณะการตอบสนองต่อความโกรธที่ผ่านมา เพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ของความคิด การใช้ความคิดที่มีเหตุผล เช่น การแปลการกระทำของผู้อื่น โดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรมเพื่อให้ได้คิด ระวังและหยุดยั้งปฏิกริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดการแสดงอารมณ์รุนแรง เพื่อจะพยายามหยุดยั้งความคิดก่อนที่จะเกิดการแสดงอารมณ์รุนแรงขึ้นอีก

2. การฝึกทักษะการจัดการความโกรธ (Skill acquisition) ฝึกให้เรียนรู้ทักษะการจัดการความโกรธต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้นและแก้ปัญหาโดยเน้นการฝึกตนเอง ในรูปแบบการฝึกทักษะในการคิดและการแสดงพฤติกรรม ซึ่งทักษะการนึกคิดจะมีอำนาจเหนือความโกรธโดยอัตโนมัติ โดยการคิดที่เป็นเหตุผล มีความเป็นไปได้ มากกว่าที่จะตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมเหมือนอย่างที่เคยผ่านมา สอนทักษะพฤติกรรมต่างๆ ประกอบด้วยการฝึกการผ่อนคลาย ได้แก่ การหายใจเข้าลึก ๆ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย การนับในใจ เพื่อหันเหความสนใจจากความโกรธ การใช้จินตนาการ (Imagery)

3. การนำทักษะใหม่ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยฝึกการแสดงบทบาทสมมติ (Role-Play) การเดินออกจากสถานการณ์ที่ทำให้โกรธ ฝึกทักษะทางสังคมโดยการฝึกการพูดแสดงความรู้สึก (Assertive) เช่น “ฉันรู้สึกโกรธที่คุณพูดว่า.....” เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลบรรลุความต้องการได้อย่างสงบและได้ผล โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตน ที่ถูกต้องตามสมควร และการมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านจากการพบสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง ในการฝึกหัดตั้งแต่ต้นจนจบ โดยเริ่มต้นจากปัญหาเล็กน้อยและค่อยทำในสถานการณ์ที่ยากขึ้น จนผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถถ่ายทอดทักษะไปสู่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยจะได้รับการสนับสนุนควบคุมจากผู้ศึกษา

ในแต่ละขั้นตอนจะนำไปสู่การจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

#### ขั้นที่ 1 การเตรียมความคิดที่สัมพันธ์กับความโกรธ

1. การเตรียมความคิด และแยกแยะความคิด เป็นการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำสมาชิกในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา กลุ่ม และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม สร้างบรรยากาศกลุ่มให้เป็นที่กันเองเพื่อให้สมาชิกผ่อนคลาย และเกิดความเข้าใจตรงกัน เกิดความร่วมมือในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย การฝึกกระบวนการคิด แยกแยะความคิด และให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุและความคิดที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม

2. การค้นหาปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความโกรธ และตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากความโกรธ และรับรู้สัญญาณเตือน เป็นการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติ ที่ทำให้เกิดความโกรธจะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย ปฏิกิริยาทางอารมณ์ และปฏิกิริยาทางพฤติกรรม (Weinstien, 2005) เพื่อให้ผู้ป่วยจดจำสิ่งที่มากระตุ้นและปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้น หาทางยับยั้งและจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม ก่อนที่ความโกรธจะแสดงออกมา ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดอย่างหนึ่ง เพื่อรับรู้ความรู้สึกของตนเอง และเพิ่มความรู้สึกที่ดีต่อตนเองเมื่อคิดในทางบวก

3. การเปลี่ยนความคิด ตามหลักการปรับพฤติกรรมทางปัญญามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนความคิด ผู้ศึกษาซักถามผู้ป่วยถึงความคิดที่ทำให้เกิดความสงบและเกิดความวุ่นวาย เป็นการสอนให้ผู้ป่วยสังเกตแยกแยะประเมินความคิด และโต้ตอบความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นเหตุผล ตามหลักการปรับพฤติกรรมทางปัญญามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนความคิด และการบอกกับตัวเองใหม่เป็นการประสานความมีเหตุผลเมื่อบุคคลต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ตามเทคนิคการฝึกสอนตนเอง (Meichenbaum, 1977)

## ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการความโกรธ

1. การฝึกทักษะการจัดการความโกรธด้วยการฝึกการหายใจ การนับในใจ การใช้จินตนาการ เป็นการสอนให้ผู้ช่วยทราบถึงการจัดการความโกรธและฝึกการผ่อนคลายความเครียด เพื่อเป็นการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการภายในของบุคคล ตามเทคนิคการปรับพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550 )

2. การพัฒนาทักษะในการจัดการความโกรธอย่างเหมาะสม ด้วยการขอตัวออกจากสถานการณ์ การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก การใช้ความคิดจัดการกับความโกรธ ผู้ศึกษาให้ฝึกการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก คือการที่ทำให้ผู้อื่นเคารพในความรู้สึกของเรา เป็นการเปิดเผยความคิด และความต้องการของตนเอง โดยการสอนให้ผู้ช่วยรู้จักใช้คำพูดในการแสดงอารมณ์ว่าทำไมเขาถึงได้รู้สึกถึง แนวทางที่ควรกระทำและควรเปลี่ยนสถานการณ์อย่างไร แทนที่จะแสดงความโกรธด้วยความรุนแรงหรือยอมตาม ฝึกใช้เทคนิคการจัดการความโกรธ จากตัวอย่างของสถานการณ์ 3 สถานการณ์ ในกิจกรรมที่ 1 ร่วมกับการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้มีการแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550 )

**ขั้นที่ 3 การนำทักษะใหม่ใช้ในสถานการณ์อื่น** การนำมาประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยให้ผู้ช่วยคิดถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความโกรธ และแสดงบทบาทประยุกต์ใช้กับวิธีการจัดการความโกรธตามที่ได้เรียนรู้มา เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทั้ง 6 กิจกรรม ดังกล่าวแล้ว ผู้ช่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาวจะมีความสามารถในการจัดการความโกรธและแสดงความโกรธอย่างเหมาะสม จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ไว้ดังนี้

### สมมติฐานการศึกษา

การแสดงความโกรธในผู้ช่วยจิตเภทมีการแสดงความโกรธอย่างเหมาะสมหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธ

### ขอบเขตการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธต่อการแสดงความโกรธในผู้ช่วยจิตเภท



2. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. ตัวแปรที่ศึกษาในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธ

ตัวแปรตาม คือ การแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ดังนี้ คือ F20.0 ถึง F 20.9 เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีประวัติการแสดงความโกรธที่บ้าน มีคะแนนการประเมินอาการทางจิต (BPRS) ค่าคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน ได้รับการจำแนกประเภทผู้ป่วยอยู่ในประเภทบ้าบั่งระยะยาว ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต ที่นำมาใช้โดยกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สื่อสารได้เข้าใจ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้

การแสดงความโกรธ หมายถึง การแสดงออกของอารมณ์หรือความรู้สึกลงตามสัญชาตญาณ เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับความโกรธ ไม่พอใจ ในผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการบกพร่องของความคิดและการรับรู้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งการแสดงความโกรธจะแสดงออกมาได้ 3 ทาง คือ การแสดงความโกรธออกมามากเกินไป การเก็บความโกรธไว้ภายใน และการจัดการความโกรธในการศึกษาครั้งนี้ วัดการแสดงความโกรธ จากแบบวัดที่พัฒนามาจากแบบวัดสภาวะ-ลักษณะและการแสดงความโกรธ โดยสิรินภา จาคีเสถียร (2547) ซึ่งพัฒนาเฉพาะส่วนที่วัดการแสดงความโกรธ โดยมีคำตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 เมื่อได้คะแนนรวมแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยทั่วไปจะพิจารณาคะแนนที่อยู่ในช่วง 18-54 คะแนน เป็นคะแนนที่อยู่ในช่วงปกติ การแปลผลจะคิดเป็นอันดับเปอร์เซ็นต์ไทล์

การใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่ม ในลักษณะของการสอน การฝึกทักษะในการคิด และกำกับการแสดงออกของตนเองขณะที่เกิดความโกรธ โดยใช้แนวทางการศึกษาของสิรินภา จาคีเสถียร (2547) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ทั้งนี้ผู้ศึกษาทำการสอนและประทับประคองให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนความคิดของตนเอง ฝึกการผ่อนคลาย ฝึกทักษะทางสังคมใหม่ พัฒนาการแก้ปัญหาโดยกระบวนการกลุ่ม ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแก้ไขการ

แสดงอารมณ์ของตนเอง โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ในหอผู้ป่วยใน แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทบำบัดระยะยาว
2. ผู้ป่วยจิตเภท มีความสามารถในการแสดงความโกรธได้เหมาะสมขึ้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปสู่การวิจัยต่อไป