บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
   1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
   1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
   1.3 อาการของโรคจิตเภท
   1.4 การรักษาโรคจิตเภท
   1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับความโกรธ
   2.1 ความหมายของความโกรธ
   2.2 สาเหตุของความโกรธ
   2.3 การแสดงความโกรธ
   2.4 แนวคิดการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว
3. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว
   3.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
   3.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
   3.3 ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว
   3.4 พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท
   3.5 แนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวของผู้ป่วยจิตเภท
4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติ ที่มีลักษณะอาการต่างๆ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่มีระเบียบแบบแผน มีความแตกแยกของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ โดยไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป มีอาการผิดปกติอย่างน้อย 2 อาการ เป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง ญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดามารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสเป็นโรคด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า และพบว่าบุตรบุญธรรมซึ่งมีมารดาแท้ๆเป็นโรคจิตเภทจะเป็นโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 9 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 1

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract

3) กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose Metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์(Psychodynamic) ของแต่ละบุคคล มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Motivation) ของคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่เชื่อว่า ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

1.2.3 สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่รอบตัวของบุคคล เช่น ปัญหาทางครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเพศบางประการ หรือ ชีวิตสมรส / ชีวิตโสดที่มีปัญหา

1.2.4 การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยได้มีประสบการณ์การเรียนรู้บางอย่างที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสม

1.3 อาการแสดงของโรคจิตเภท

1.3.1 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

- Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน

- Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

- อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion,delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการ

หลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่นๆที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactileหรือsomatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้างแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

- Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.4 การรักษาโรคจิตเภท

1.4.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา

1) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

2) การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามิได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท มีอาการแสดงความผิดปกติทางจิตหลายประการ อีกทั้งมีการดำเนินของโรคและอาการแตกต่างกัน ดังนั้น การวางแผนการพยาบาล ควรตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น เป้าหมายในระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการในระยะวิกฤติ เป้าหมายในระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมาก และเป้าหมายในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับไปอยู่บ้านได้แล้ว ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับข้อวินิจฉัยของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความคิดหลงผิด หรือมีความคิดแปรปรวน

เป้าหมาย : เพื่อช่วยให้มีความคิดที่อยู่ในความเป็นจริงให้มากที่สุด และป้องกันไม่ให้ผลของความคิดหลงผิดนั้น เกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. การพยาบาลต้องตระหนักว่า ความคิดหลงผิดของผู้ป่วยนั้นเป็นความคิดที่ยึดแน่นและผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นจริงตามนั้น
2. พยาบาลต้องให้การยอมรับกับสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อหรือความคิดหลงผิดของเขา โดยพยาบาลไม่ควรแสดงการโต้แย้ง หรือท้าทายว่าที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังนั้นไม่เป็นจริง
3. พยาบาลยอมรับในความคิดหลงผิดของผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ต้องปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยเชื่อ เช่น ผู้ป่วยบอกว่า "ผมเป็นพระเจ้าตากสิน" และผู้ป่วยก็ไม่ควรนำคำพูดของผู้ป่วยไปล้อเล่น
4. การจะเข้าไปเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยนั้น กระทำได้ค่อนข้างยาก แต่ถ้าผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และเชื่อถือในตัวพยาบาล การแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน ยังเป็นที่ยอมรับได้
5. พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความอิสระ และเพื่อได้รับฟังความคิดของผู้ป่วย
6. ประเมินความคิดหลงผิดของผู้ป่วย ว่ามีผลอย่างไรต่อพฤติกรรม และการกระทำของผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยคิดว่าเขาควรจะตาย ผู้ป่วยอาจจะพยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลควรระมัดระวังในประเด็นนี้
7. สำหรับผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดแบบหวาดระแวง ผู้ป่วยระแวงมักจะระมัดระวังตัว ดังนั้นพยาบาลต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยสงสัยพฤติกรรมของพยาบาล การเข้าสนทนากับผู้ป่วยต้องแนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยต้องคงเส้นคงวา เมื่อมีข้อตกลงแล้วจะต้องปฏิบัติตามข้อตกลง หลีกเลี่ยงการเข้าไปจับต้องตัวผู้ป่วย และไม่ควรใช้ภาษาท่าทางหรือกิริยาต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความสงสัยหรือตีความได้ไม่ชัดเจน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีอาการประสาทหลอนต่างๆ หรือการรับรู้สิ่งเร้าบกพร่อง

เป้าหมาย : เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะการรับรู้ของตนด้านความเป็นจริงและช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ เมื่อเกิดอาการประสาทหลอน

การปฏิบัติการพยาบาล ::

1. พยาบาลต้องประเมินอาการประสาทหลอนที่เกิดในผู้ป่วย เช่น อาการประสาทหลอนเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด

2. ถ้าพยาบาลพบผู้ป่วยที่กำลังมีอาการประสาทหลอน พยาบาลควรบอกสิ่งที่เป็นจริงกับผู้ป่วยขณะนั้น เช่นผู้ป่วยบอกว่าเห็นแม่มาหา ซึ่งเวลานั้นไม่มีแม่ผู้ป่วย พยาบาลควรบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลไม่เห็นแม่ของเขา

3. พยาบาลต้องแสดงการยอมรับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยการรับฟังและไม่โต้แย้ง แต่ถ้าผู้ป่วยถามว่าพยาบาลเห็นหรือได้ยินเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลควรตอบให้ผู้ป่วยรู้ว่า พยาบาลไม่ได้เห็นหรือไม่ได้ยิน หรือกล่าวเพียงแต่ว่า "ฉันคิดว่าเสียงที่คุณได้ยิน เป็นเสียงจริงสำหรับคุณ แต่ฉันไม่ได้ยินเสียงที่คุณได้ยิน"

4. หลีกเลี่ยงการเข้าไปจับต้องตัวผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้ตัว เพราะผู้ป่วยมีแนวโน้มจะตีความหรือรับรู้ผิด

5. ไม่ส่งเสริมและลดโอกาสในการเกิดอาการประสาทหลอนต่างๆ โดยการสนทนากับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

6. เปิดโอกาสให้พูดถึงอาการประสาทหลอน และหาวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับอาการประสาทหลอนของเขาอย่างเหมาะสม เช่นใช้เสียงของตัวเขาเองโต้ตอบกับเสียงที่เขาได้ยิน หรือรีบมาบอกพยาบาล ถ้าเขาเห็นภาพบางอย่างที่ไม่เป็นจริง

7. ให้ผู้ป่วยแยกแยะว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้น เขารู้สึกอย่างไร อาการมักจะเกิดในช่วงเวลาใด หรือมีเหตุการณ์อะไรที่นำมาก่อน เพื่อว่าผู้ป่วยจะได้รู้จักป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น

8. พยาบาลต้องตระหนักว่า อาการประสาทหลอนบางประเภท มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรง เช่น วิ่งหนีเสียงที่ได้ยิน หรือต่อสู้กับภาพที่เห็น ดังนั้นจึงควรป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : แยกตัวจากผู้อื่น หรือไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น โดยการเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. เริ่มต้นด้วยการที่พยาบาลเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และรู้สึกปลอดภัย

2. เมื่อสัมพันธภาพดำเนินมาซักระยะ พยาบาลควรชักชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วม

กิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมในระยะแรกควรเป็นกิจกรรมที่ง่ายๆ ไม่ต้องใช้ความสามารถเฉพาะตัว และมีสมาชิกกลุ่มไม่มากเกินไป

3. พยาบาลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ หรือพยาบาลที่ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยไว้ ควรอยู่ร่วมกิจกรรมในกลุ่มพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นสบายใจ เมื่อเห็นคนที่คุ้นเคยกัน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เป็นตัวของตัวเอง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมกับสมาชิกอื่นที่ผู้ป่วยพอใจ และพยาบาลควรให้กำลังใจ หรือแรงเสริม เมื่อเห็นผู้ป่วยอยู่ร่วมในกิจกรรม

5. พยาบาลต้องตระหนักว่า พฤติกรรมแยกตัวนี้เป็นปัญหาทางด้านความสามารถทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพพื้นฐานของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลต้องอดทนและให้เวลาผู้ป่วยในการปรับปรุง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีแนวโน้มจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและต่อผู้อื่น

เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. พยาบาลจิตเวชควรมีข้อมูลผู้ป่วยมากพอ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ความหวาดระแวง หรือวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

2. พยาบาลต้องคอสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพราะพฤติกรรมรุนแรงเกิดได้สูงเมื่อบุคคลมีปฏิกิริยาต่อกัน ซึ่งพฤติกรรมที่ควรระวัง เช่น มีกิริยาท่าทีเปลี่ยนเป็นตรงกันข้ามอย่างกะทันหัน มีเสียงดังมากขึ้น สายตาไม่เป็นมิตร หรือแสดงท่าทีขัดขืน

3. นำสิ่งต่างๆที่เป็นอันตรายหรือผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธได้ ให้นำไปไว้ไกลๆ

4. ลดระดับสิ่งเร้าไม่ให้อึกทึกครึกโครม ไม่กระตุ้นผู้ป่วย เช่น ต้องไม่มีคนมาก เพราะสภาพแวดล้อมที่สงบเป็นการให้เวลาผู้ป่วยได้สงบจิตใจ

5. ผู้ป่วยที่มีแรงผลักดันของความก้าวร้าวสูง ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ระบายความก้าวร้าวไปในทางที่เหมาะสม เช่น การเล่นกีฬากลางแจ้ง การร้องเพลงดัง หรือการออกกำลังกายต่างๆ

6. ในขณะเผชิญกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลควรต้องสงบ ควรต้องควบคุมตนเองให้ได้ ไม่ควรโต้ตอบผู้ป่วยด้วยการเสียงดัง หรือแสดงท่าทีคุกคาม เพราะยิ่งกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยให้รุนแรงมากขึ้น

7. สำหรับในหอผู้ป่วยจิตเวช การมีบุคลากรเตรียมพร้อมในการยับยั้งความรุนแรงของผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งบุคลากรควรเป็นทีมงานที่ได้รับการฝึกฝน และซักซ้อมความเข้าใจให้รู้ถึงขั้นตอนต่างๆมาด้วยกัน

8. การควบคุมความรุนแรงส่วนมากทำเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากพยาบาลบอกให้ผู้ป่วยหยุดความรุนแรง แต่ถ้าผู้ป่วยมีท่าทีสับสน หรือควบคุมตัวเองไม่ได้ ควรต้องใช้การผูกมัดและการใช้ยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความบกพร่องที่จะสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตน
เป้าหมาย : เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารด้วยภาษาพูด ที่ทำให้ผู้อื่นเข้าใจ
การปฏิบัติการพยาบาล :

1. พยาบาลควรประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วย ว่ามีความบกพร่องอย่างไร เช่น ผู้ป่วยพูดหลายเรื่องผสมกันจนคนฟังไม่เข้าใจ หรือผู้ป่วยไม่พูดเพราะอาการทางจิตต่างๆ

2. พยาบาลต้องนำเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้ เช่น ในกรณีผู้ป่วยพูดหลายเรื่อง พยาบาลควรให้ผู้ป่วยหยุดพูดเป็นครั้งคราว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายสิ่งที่เขาได้พูดไป แต่ในกรณีผู้ป่วยไม่พูด หรือไม่โต้ตอบ พยาบาลควรต้องใช้การตีความหรือการคาดเดาจากภาษาท่าทางของผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น "ฉันคิดว่าคุณไม่อยากไปร่วมกิจกรรม" "คุณไม่สบายใจเมื่อใกล้เวลาที่แม่จะกลับบ้าน"

3. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อสารมากขึ้น อาจทำได้โดยการจัดกิจกรรมที่บุคคลมามีปฏิสัมพันธ์กันและต้องสื่อสารกัน เช่น กิจกรรมการแนะนำตนเองให้ผู้อื่นรู้จัก

4. บุคลากรที่เข้าไปสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องสามารถใช้การสื่อสารที่ชัดเจน เช่น พูดกับผู้ป่วยด้วยประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง และใช้สรรพนามที่สื่อสารได้เข้าใจ

5. จัดเวลาในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะไม่เข้าใจที่ผู้ป่วยพูดหรือผู้ป่วยไม่ตอบโต้ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ และยังเป็นที่ต้องการของผู้อื่น

6. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานตามที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น ความต้องการทางร่างกายต่างๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความบกพร่องในการจัดการกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว
เป้าหมาย : ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. สำหรับผู้ป่วยบางราย ในระยะแรกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล บางทีต้องจัดเจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยเหลือ หรือเข้าไปช่วยทั้งหมดในการอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการแต่งกาย

2. หาแนวทางชักจูงหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกิจวัตรด้วยตัวเอง โดยจัดเตรียมของใช้ให้พร้อม จัดตารางเวลาให้ปฏิบัติ และเตือนผู้ป่วยเมื่อใกล้เวลาที่ต้องสระผม ตัดเล็บ

3. ใช้หลักของการปรับพฤติกรรม คือมีการให้รางวัล หรือให้แรงเสริมด้วยวิธีการต่างๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย : เพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย พร้อมกับประเมินสภาพทั่วไปของครอบครัว เช่น บทบาทของสมาชิกแต่ละคน วิธีการสื่อสารต่อกัน ระดับของสัมพันธภาพ ความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

2. เตรียมญาติผู้ป่วยในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย โดยการให้คำปรึกษาในปัญหาต่างๆที่ญาติเผชิญอยู่ การให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของการป่วยทางจิตเวช และกาให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. จัดให้มีหน่วยงานให้คำแนะนำ และช่วยแก้ปัญหาเมื่อครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤติต่างๆเนื่องมาจากการป่วยทางจิต

2. แนวคิดเกี่ยวกับความโกรธ

2.1 ความหมายของความโกรธ

Novaco (1994) กล่าว่า ความโกรธเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้น ความโกรธจะเกี่ยวข้องกับสรีระวิทยาและความคิด เป็นสภาวะภายในที่มีระดับแตกต่างกันไปของปฏิกิริยาระหว่างองค์ประกอบทางสรีระวิทยา อารมณ์ ความคิด การเคลื่อนไหวและคำพูด

Kassinove and Sukhodosky (1995) กล่าวว่า ความโกรธเป็นสภาวะความรู้สึกทางลบที่แสดงออกให้ปรากฏ หรืออยู่ภายในที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพร่อง ของการรับรู้ และคิดเฉพาะอย่างเช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม

Spielberger et al., (1999) ให้ความหมายของความโกรธไว้ว่า สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในตัวของบุคคลอันเกิดจากความคิด ที่มีต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น อันทำให้บุคคลแสดงออกต่ออารมณ์โกรธนั้นแตกต่างกันไป ซึ่งการแสดงออกในบางรูปแบบ เช่น การเก็บไว้ภายในหรือแสดงออกภายนอกนั้นจะส่งผลลบต่อบุคคล แต่ถ้ามีการควบคุมจะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้ความโกรธอยู่ในระดับที่เหมาะสม

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ (2542) ให้ความหมายความโกรธว่า เป็นสภาวะความรู้สึกทางลบ ที่แสดงออกให้ปรากฏหรืออยู่ภายใน ที่เกี่ยวข้องกับความเบี่ยงเบน ความบกพรร่องของการรับรู้และความคิดเฉพาะอย่าง เช่น การประเมินที่ผิดพลาด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม เป็นสภาวะอารมณ์ที่ให้ความรู้สึกแตกต่างกันไปในความรุนแรง มีความเข้มของประสบการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธที่เกิดขึ้น แสดงออกมาได้ 3 ทาง คือ การแสดงออกภายนอก การเก็บความโกรธภายในและการควบคุมความโกรธ

สรุปได้ว่า ความโกรธ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่พอใจ ถูกกดดัน ถูกคุกคามให้อยู่ในภาวะอันตราย หรือความรู้สึกที่ถูกรุมเร้าไม่มีทางออก เป็นการแสดงพลังอำนาจเพื่อปกป้องตนเอง และปิดบังซ่อนเร้นความอ่อนแอ

2.2 สาเหตุของความโกรธ

ความโกรธมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ระบบการรับความรู้สึกทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งเร้า เป็นปัจจัยที่รวมพันธุกรรมและอารมณ์ จากการศึกษาสมองสามารถชี้ได้ว่า สมองส่วนลิมบิค (Limbic system) ช่วยในการควบคุมความก้าวร้าว ส่วนต่อมไฮโปธาลามัสและ อมิกดาลา (Amygdala) อาจช่วยในการเพิ่มหรือลดความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นเมื่อมี การเกิดโรคเนื้องอกในสมอง โรคอัลไซเมอร์ โรคลมชัก การบาดเจ็บของสมองจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ร่างกายมีความตึงเครียดและความวิตกกังวล ความหิว ความหนาวหรือร้อนจะมากเกินปกติ(Rawlins and Heacock, 1993)

2.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจเช่น การถูกปฏิเสธ การถูกลบหลู่ การถูกยั่วยุ การถูกด่าว่า ประณาม ความไม่ยุติธรรมในการทำงาน การผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหมาย ไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ที่คุกคามความรู้สึกและภาพลักษณ์ของตนเองได้ ประสบการณ์ความโกรธในอดีต ถ้าเคยทำให้โกรธก็จะเกิดความโกรธได้ Kassinove and Eckhardt (1995) เสนอว่า การใช้ยาหรือการดื่มสุรา ซึ่งมีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่พอใจ ดังนั้นการดื่มสุราจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธมากขึ้นและขาดการระงับพฤติกรรมในทางก้าวร้าว

2.2.3 ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม Bandura (1973) เชื่อว่าความโกรธโดยธรรมชาติเกิดจากกระบวนการของการเรียนรู้ เป็นพลังงานที่ขับดันให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่ เป็นสัญญาณที่บอกว่า คนต้องการเรียนรู้บางอย่างเมื่อไม่ได้รับมากเพียงพอ ความโกรธก็จะแสดงออกมา ความโกรธก็คือพลังงานที่ขับดันให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่นั่นเอง ความโกรธที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ จะเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ซึ่งการแสดงความโกรธ เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือรู้สึกถูกคุกคาม

2.3 การแสดงความโกรธ (The Experience and Expression of Anger)

Spielberger et al. (1985) กล่าวว่า การแสดงความโกรธเป็นการแสดงออกของอารมณ์ตามสัญชาติญาณของมนุษย์ ซึ่งวิธีการแสดงออกความโกรธ ตามธรรมชาติอย่างหนึ่งก็คือการตอบสนองด้วยความก้าวร้าวเป็นการปรับตัวต่อภาวะคุกคาม เป็นการกระตุ้นในการแสดงอำนาจเพื่อต่อสู้หรือเพื่อป้องกันตัวเมื่อถูกรุกราน สามารถแสดงออกมาได้ 3 ทาง ได้แก่

1) ความโกรธภายนอก (Anger out) มี 2 ลักษณะคือการแสดงความก้าวร้าวออกมาทั้งวาจาและพฤติกรรมกับบุคคลและทรัพย์สิน ได้แก่ การตะโกน เตะ ถีบ ทำร้าย ทุบทำลาย และการแสดงความโกรธออกมาโดยการแสดงข้อคิดเห็น (Assertive) เป็นการแสดงความรู้สึกด้วยเหตุผลไม่ใช่การแสดงความก้าวร้าว ซึ่งเป็นการแสดงความโกรธที่ดีที่สุด

2) ความโกรธภายใน (Anger in) หรือการเก็บกดความโกรธ (Suppress Anger) หรือการแสดงความโกรธที่พุ่ง เข้าสู่ตัวเอง (Direct Anger inward) สามารถเรียกได้ว่าการเก็บความโกรธไว้ภายใน (Anger in) โดยการหยุดคิดเกี่ยวกับความโกรธ และพยายามมองในแง่บวกเป็นการเก็บกดความโกรธ เอาไว้ในความคิดและความทรงจำ ทั้งที่ยังมีความรู้สึกโกรธอยู่ มักจะพบในการแสดงความโกรธของผู้หญิง ความโกรธที่ถูกกดเอาไว้จะหันมาที่ตัวเองมีผลต่ออารมณ์พฤติกรรม เกิดความก้าวร้าวแบบไม่แสดงออกโดยตรง มีผลทำให้เกิดโรคทางกายเช่นโรคความดันโลหิตสูงและ

โรคหัวใจตามมา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความผิดปกติทางสุขภาพจิตเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพราะไม่เคยแสดงความรู้สึกโกรธต่อผู้อื่นโดยตรง(Jong,2000; Spielberger et al., 1999) การเก็บกดความโกรธไว้ภายใน โดยที่ยังมีตัวกระตุ้นความโกรธอยู่เป็นเวลานาน เช่น ยังมีเหตุการณ์ที่ทำให้มีความรู้สึกอึดอัดอย่างแรง การถูกลบหลู่ให้อับอายหรือความรู้สึกสิ้นหวังจะเป็นการสะสมความโกรธความตึงเครียดให้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะย้อนกลับเข้ามาทำให้ระเบิดความโกรธและความเดือดดาลออกมา การสะสมความโกรธยังเป็นผลทำให้ความตระหนักในตนเองลดลง ทำให้การควบคุมสติไม่ให้ก่อพฤติกรรมที่เกินเหตุลดลงเนื่องจากการยับยั้งจะกลายเป็นการคิดซ้ำๆเกี่ยวกับจินตนาการถึงความรุนแรงยิ่งมีการเก็บกดความโกรธ หรือพยายามการปรับแก้ความคิดอารมณ์ทางลบ และการจัดการให้เหมาะสมจะยิ่งทำให้มีความขัดแย้งในใจมากขึ้น เพราะเป็นความพยายามที่จะขัดขวางกระบวน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารตามปกติได้ (Tsytsarevand Grodnitsky,1995)

3) การควบคุมความโกรธ (Anger Control, Claming) เป็นการสร้างความสงบตั้งแต่ภายในคือการพยายามที่ควบคุมหรือป้องกันการแสดงความโกรธ ด้วยพฤติกรรมไม่เหมาะสมไม่ได้เพียงแต่การควบคุมภายนอกเท่านั้น แต่ยังควบคุมการตอบสนองภายในตัวเองด้วยโดยใช้ขั้นตอนที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยลง สงบตัวเองและปล่อยความรู้สึกรุนแรงให้บรรเทาลง

2.4 แนวคิดการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

2.4.1 กลุ่มแนวคิดจิตวิทยาวิเคราะห์ (Psychodynamic Approach) โดย Chess et al. (1978) เชื่อว่าความโกรธและความก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ แรงขับที่สำคัญที่สุดคือแรงขับทางเพศ (Berkowitz, 1997) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งสำคัญในแนวคิดนี้คือความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุม เพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความก้าวร้าวในลักษณะอาการที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้ การแก้ปัญหาของความก้าวร้าวนี้จึงกระทำโดยส่งเสริมให้แสดงออกมาในทางที่สังคมยอมรับในลักษณะทดแทน

2.4.2 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavioral Approach) มองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ซึ่งแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการตีความรับรู้สิ่งเหล่านั้นต่างกันไป ปฏิกิริยาความคิดที่คลาดเคลื่อน (cognitive error)จะทำให้การใช้เหตุผลผิดไป เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา ความคิดในแง่ลบ ที่พบบ่อยๆ ได้แก่เวลาเกิดเหตุการณ์ไม่ดี ก็คิดว่าต่อไปจะเกิดเหตุการณ์ไม่ดีขึ้นอีก (overgeneralization) คิดโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุของเรื่องร้าย (personalization) มองโลกเป็นสองขั้วคือ ไม่ดีก็เลว (black andwhite thinking) มองแต่ปัญหาเล็กๆ ทำให้เรื่องทั้งเรื่องแย่ไปหมด (catastrophising) สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นมักมีคุณค่าน้อย

(disqualifying the positive) มีความคิดตายตัวว่าตนเองหรือผู้อื่นต้องประพฤติตัวอย่างไร(should and must)ด่วนสรุปจากเหตุการณ์เดียว (jumping to conclusions) ความโกรธเป็นอารมณ์ชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น

โดยนักปรับพฤติกรรมทางปัญญา ได้อธิบายความเชื่อดังนี้ (Ben et al., 2005)

1) กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม

2) กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้

3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

ผู้ที่พัฒนาแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมได้แก่ Ellis (1962), Beck(1976), Meichenbuam (1977) เป็นแนวการบำบัดที่ได้รับการวิจัยมากที่สุด

Meichenbuam (1977) อธิบายว่า กระบวนทางปัญญาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1) กระบวนการทางปัญญาในความหมายของ "สิ่งที่เกิดขึ้นในการรู้คิด" (Cognitive event) ซึ่งเป็นลักษณะของการรู้คิดและมีภาพในใจ โดยความรู้สึกตัวของบุคคล และสามารถดึงออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ Ellis (1962) กล่าว ว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้เป็นเพราะคิดไม่มีเหตุผลไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไร หรือใครทำอะไรกับเรา หากขึ้นอยู่กับความคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมามากกว่า Beck(1976) ใช้คำว่า การคิดแบบอัตโนมัติ Meichenbuam (1977) อธิบายว่า การพูดในใจเป็นตัวกลางประสานระหว่างความมีเหตุผล ความคาดหวังและความคิด ดังนั้นการคิดแบบอัตโนมัติจึงรวมถึงภาพในใจ คำ สัญลักษณ์ต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกต่างๆ ของบุคคล เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ตัดสินใจ หรือเมื่อมีความคาดหวัง

2) กระบวนการทางปัญญา ในลักษณะกระบวนการของการรู้คิด (Cognitive process) ที่จะจัดการกับข้อมูลที่เข้ามาสู่บุคคล เลือกว่าจะให้ความสนใจ ในเรื่องใด เวลาใด และเลือกวิธีประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลที่น่าสนใจโดยกระบวนการต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

3) กระบวนทางปัญญาในลักษณะของโครงสร้าง (Cognitive structure) โครงสร้างของการคิดประกอบด้วย บุคลิกลักษณะนิสัยส่วนตัวของแต่ละบุคคล การตระหนักในสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่แฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ และเป้าหมายของแต่ละบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนประเมินสถานการณ์ต่างๆ

2.4.3 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach) เชื่อว่าปัญหาการแสดงพฤติกรรมความโกรธ เป็นการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนได้ โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่โดยใช้พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีหลักการคือพฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดจากการคงอยู่ของการเรียนรู้ที่ผิด การเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้เกิดการ

เรียนรู้ Bandura (1973) มีความเชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก นอกจากจะเสียเวลาแล้ว ยังมีโอกาสเกิดอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆกันซึ่งได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) ทำหน้า ที่สร้างพฤติกรรมใหม่ 2) เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น 3) ยับยั้งการเกิดของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผลจากการนำไปใช้พบว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเราการยับยั้งการระงับ (Disinhibition) คือการเสนอ สิ่งเร้าใหม่ในระหว่าง กระบวนการเรียนรู้การวางเงื่อนไขตอบสนอง การฝึกการกล้าแสดงออก (Assertive Training) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่พัฒนา ขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิ ภาพในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้อย่างเหมาะ สมเมื่อถูกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า (Salter,1994 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) เชื่อว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตและบุคคลที่มีปัญหาในการแสดงออกทุกคน ควรได้รับการฝึกในด้านต่างๆดังนี้

1) ฝึกการพูดแสดงความรู้สึก

2) ฝึกการแสดงออกทางสีหน้าให้เป็นไปตามลักษณะของอารมณ์

3) ฝึกการแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับความคิดเห็นของผู้อื่นในกรณีที่ไม่เห็นด้วย

4) ฝึกที่จะใช้คำว่า ผม/ ดิฉัน

5) ฝึกที่จะแสดงการเห็นด้วยเมื่อได้รับคำชม

6) ฝึกการแสดงออกทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วผสมผสานกันไป

2.4.4 แนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco

Novaco (1975) ได้ประยุกต์เทคนิคการสอนตนเองของ Meichenbuam (1977) มาใช้ในการจัดการกับความโกรธ โดยพัฒนารูปแบบการควบคุมความโกรธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognition) ปฏิกิริยาทางกาย (Physiological response) และลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นให้เกิด และผลทางบวกและลบของความโกรธนั้น ในระยะนี้แต่ละบุคคลจะถูกสนับสนุนให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง ให้พยายามแยกแยะ และจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นทำให้โกรธ และลักษณะกาตอบสนองความโกรธที่ผ่านมา สนับสนุนให้บุคคลทราบถึง รูปแบบความสัมพันธ์ของความคิดท้าทายด้วย

ความคิดที่มีเหตุผล และสมมติฐานที่แต่ละบุคคลสร้าง เช่นการแปลการกระทำของผู้อื่นโดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรม เพื่อให้คิดระวังและหยุดยั้งปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติตัวอย่าง เช่น บุคคลอาจจำได้ว่าการเย้าแหย่ ล้อเลียนด้วยบุคคลอื่นเป็นการนำสู่การกระตุ้นทางกาย ซึ่งจะนำสู่การระเบิดของพฤติกรรมรุนแรง บุคคลก็จะพยายามหยุดยั้งปฏิกิริยาเหล่านั้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก

ขั้นที่ 2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) ฝึกให้เรียนรู้ทักษะการจัดการกับความโกรธต่อการตอบสนองสถานการณ์ที่มากระตุ้น การผ่อนคลายทักษะทางสังคมและการแก้ปัญหาโดยเน้นการฝึกสอนตนเอง ในระยะนี้จะให้บุคคลได้เรียนรู้ทักษะใหม่ซึ่งจะทำให้พวกเขาสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยวิธีที่ได้ผลมากกว่าในรูปแบบการฝึกทักษะในการคิดและพฤติกรรม ซึ่งทักษะการนึกคิดจะมีอำนาจเหนือความท้าทายโดยอัตโนมัติ ซึ่งกระบวนการความคิดที่เป็นเหตุผลจะเกิดขึ้น ต้องมีการฝึกซ้อมอย่างดี เช่น ให้พูดคำว่า "หยุด" เมื่อรูปแบบความคิดสามัญปรากฏออกมา การพูดกับตัวเองเช่น "ฉันสามารถจัดการสถานการณ์นี้ในวิธีการที่ได้ผล มากกว่าที่จะตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมเหมือนอย่างที่เคยผ่านมา" สอนทักษะพฤติกรรมต่างๆ ประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคม การสื่อสารและการแก้ปัญหา การฝึกการผ่อนคลายมีส่วนช่วย 2 วัตถุประสงค์คือ

1) สอนให้บุคคลได้ผ่อนคลายซึ่งจะทำให้ความตึงเครียดน้อยลง

2) สอนให้บุคคลได้สามารถควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ และการฝึกพูดแสดงความรู้สึก (Assertive) ทำให้บุคคลบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรง เป็นการพูดเพื่อทำให้บุคคลบรรลุความต้องการได้อย่างสงบได้ผลโดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น แต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องตามสมควร

ขั้นที่ 3 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยฝึกการจินตนาการ (Imagery) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role-Play) และการมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านจากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง ในระยะสุดท้ายนี้ ผู้เรียนจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะของพวกเขาในการควบคุมด้วยอารมณ์ของตนเองโดยใช้บทบาทสมมุติ นำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มด้วยจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยและค่อยทำต่อในฉากสถานการณ์ที่ยากขึ้น ด้วยการฝึกหัดตั้งแต่ต้นจนจบโดยจะได้รับการสนับสนุนควบคุมจากผู้สอนจนผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุม ไปสู่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การให้สถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกคิดก่อนว่า เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นแล้วจะทำ

อย่างไรจากนั้นจึงฝึกให้กระทำโดยใช้เทคนิคการสอน การใช้ตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปราย การให้ข้อมูลป้อนกลับ การฝึกทำซ้ำๆ และการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยการใช้เทคนิคเหล่านี้ จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยการสังเกตและฝึกกระทำเช่น เมื่อมีความโกรธควรจะควบคุมความโกรธอย่างไร และจะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรู้ว่าเราโกรธอย่างไร เกิดการเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Novaco (1994) ได้จัดทำโปรแกรมควบคุมความโกรธโดยมีหลักสำคัญของการจัดการความโกรธคือ (a) เปลี่ยนความโกรธไปในทางที่สร้างสรรค์เท่าที่จะทำได้ (b) ถ้าไม่สามารถจัดการความโกรธในทางสร้างสรรค์ก็ควรหาทางระบาย โดยการออกกำลังกาย การหัวเราะ หรือใช้เทคนิคการทำให้สงบ ผู้ที่มีนิสัยเก็บกดความโกรธจนเป็นความเคยชิน จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการแสดงความโกรธที่เหมาะสม การพูดเพื่อแสดงความรู้สึกหรือยืนยันความต้องการของตนเอง ความโกรธมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความซึมเศร้า การมีความโกรธแล้วเก็บซ่อนปิดบังไว้ ทำให้เกิดความเครียดและความซึมเศร้าในระดับต่ำๆ ได้ และยังพบว่าความโกรธมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกมีคุณค่า การมองโลกในแง่ดีกล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อมีความโกรธทำให้มีการทบทวนเหตุการณ์ และมีการวางแผนแก้ปัญหาทักษะในการจัดการกับความคับข้องใจ การหลีกเลี่ยงและการประนีประนอม Valentine (2001)

3. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว

3.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

Freud (1975) อธิบายว่า ความก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งทางร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม บุคคลก้าวร้าวมักจะมีความตื่นเต้นง่าย มีการตอบสนองต่อการกดดันทางสิ่งแวดล้อมมากเกินไป ถ้าไม่แสดงออกมาภายนอกก็จะเก็บกดไว้จนเกิดภาวะซึมเศร้าได้

รจิต เจียงวรรธนะ และคณะ (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว ว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางอารมณ์ เกิดจากความต้องการหรือความคาดหวังของบุคคลถูกขัดขวาง ทำให้เกิดอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดความโกรธแล้วผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่

เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย บุคคลที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มักจะระเบิดอารมณ์โกรธออกมา ซึ่งจะแตกต่างจากพฤติกรรมปกติของเขา บุคคลที่ก้าวร้าวทั่วไปมักจะตื่นเต้นง่าย มีการตอบสนองต่อความกดดันทางด้านสิ่งแวดล้อมมากเกินไปความก้าวร้าวนี้ถ้าไม่แสดงออกมาภายนอกบ้าง และเก็บกดไว้มากๆ จะเกิดอาการซึมเศร้าได้

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว มีความหมายแตกต่างกันไป พอสรุปได้ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปลดปล่อยพละกำลังหรือแสดงออกทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก สีหน้าท่าทาง คำพูด หรือการกระทำอย่างรุนแรงเพื่อขจัดหรือลดความกลัว ความโกรธของตนเองไปยังบุคคลอื่นหรือสิ่งของ หรือปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดีต่างๆในใจออกมา โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมที่แสดงออกอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายจนถึงขั้นทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

3.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

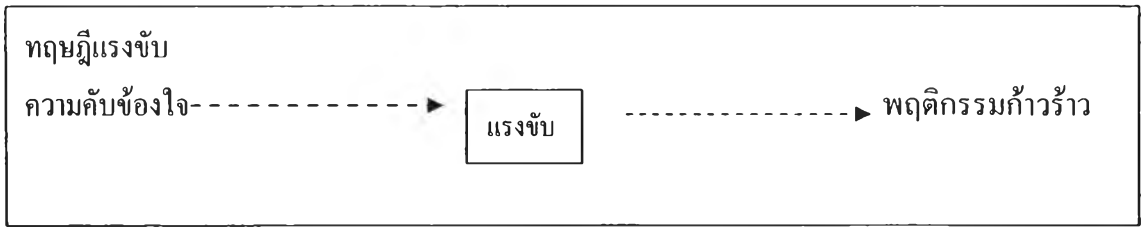
ในการวิเคราะห์ทฤษฎีหลักในการที่ใช้อธิบายพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่ารูปแบบหรือทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีหนึ่งไม่สามารถที่จะนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้น จึงมีนักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

3.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

นักจิตวิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีทางพฤติกรรมและทฤษฎีทางความคิด

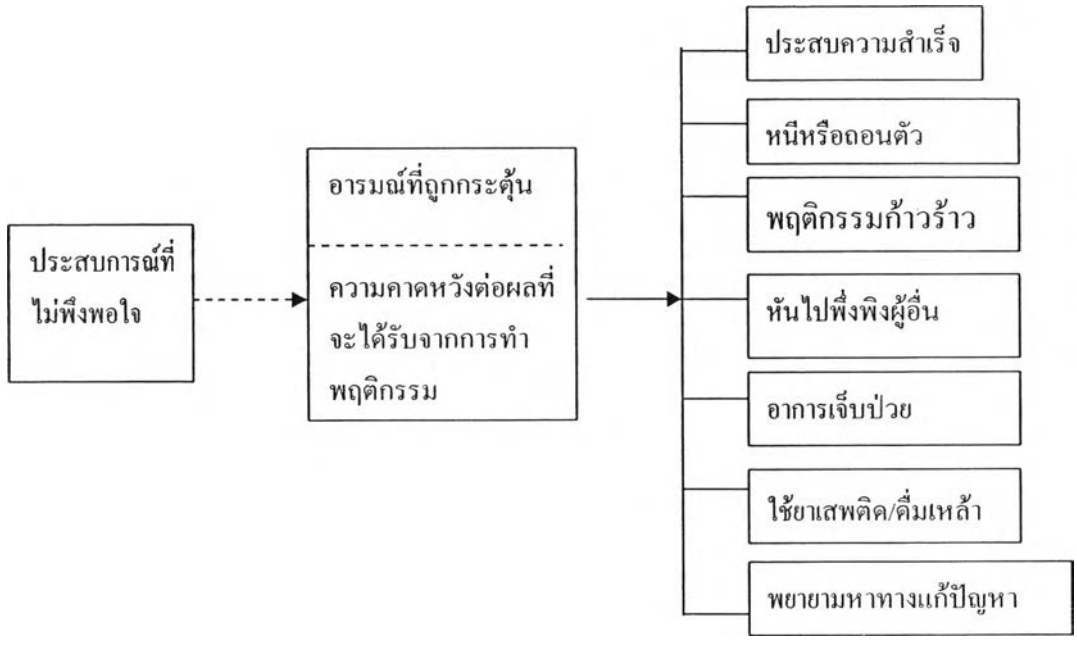
1) ทฤษฎีทางพฤติกรรม

จุดมุ่งหมายทางพฤติกรรมศาสตร์ คือ การทำนายและควบคุมพฤติกรรมหนึ่งในทฤษฎีทางพฤติกรรม คือ ทฤษฎีแรงขับ (Drive Therory) เชื่อว่า ความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวภายในเกิดจากแรงขับ Chess & Hassibi (1978) แรงขับที่สำคัญที่สุด คือ แรงขับทางเพศ และพฤติกรรมก้าวร้าว (Berkowitz, 1993) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งที่สำคัญในแนวคิดนี้ คือความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุมเพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับในแนวคิดนี้จึงอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะอาการของความไม่สบายใจลึกๆที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีแรงขับ

ทฤษฎีทางพฤติกรรมอื่น คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Therory) Bandura (1973) กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากการสังเกตการเอาอย่าง การลอกเลียนแบบ และการเสริมแรงจากความสำเร็จ อันเป็นสิ่งตอบแทนภายนอก พลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแต่ละครั้งเป็นพลังความกดดันให้บุคคลหาทางออกในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลได้รับการสั่งสมจนเป็นนิสัย บางคนใช้วิธีการเผชิญหน้าอย่างมีเหตุผล บางคนใช้วิธีหนีไปพึ่งสุรา ยาเสพติดบางคนต่อสู้ด้วยความก้าวร้าว ใช้อำนาจ ใช้วิธีการที่ผิดทำนองคลองธรรม Bandura (1973) ได้วาดภาพการเอาใจใส่ในบทบาทของการเรียนรู้และการให้รางวัลในการแสดงออกของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว Bandura (1997) ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและเด็ก เด็กจะเรียนรู้ว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวจะทำให้เขาได้มาในสิ่งที่ต้องการจากมารดา การสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ถึงพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งจะนำไปสู่ข้อตกลงในการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ดังภาพที่ 2



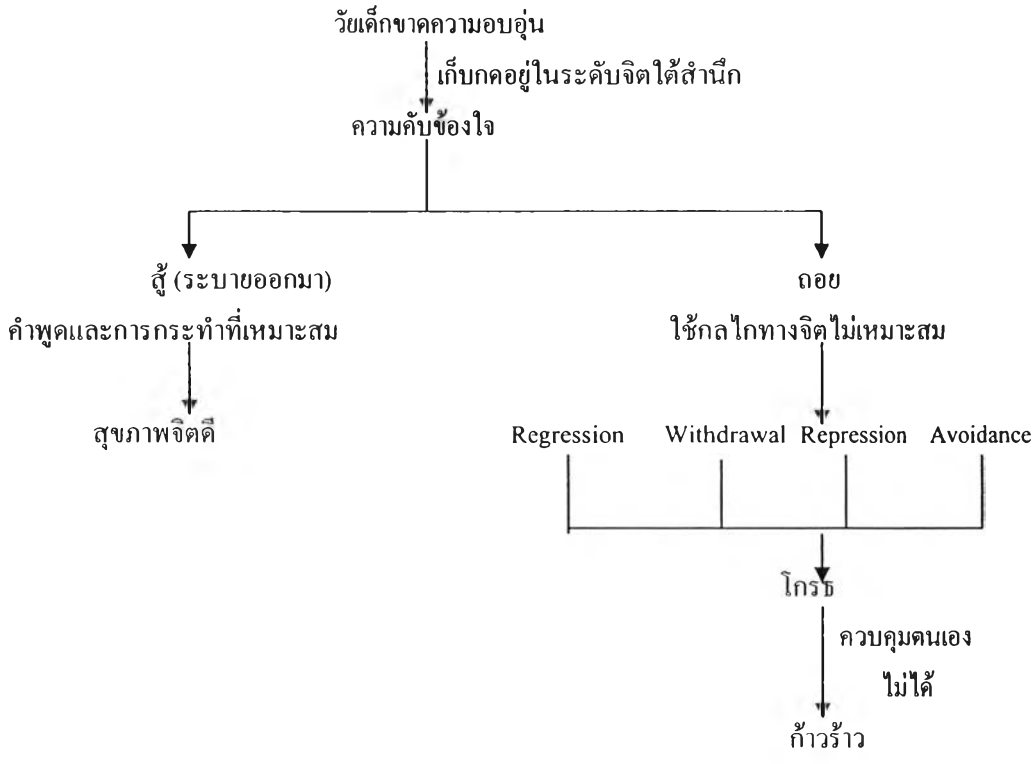
ภาพที่2 กลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม Bandura (1997)

2) ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive Theories)

Beck (1976) ได้เสนอว่า กระบวนความคิด เช่น การตัดสินใจ ความมีคุณค่าในตนเอง และความคาดหวัง มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความโกรธ ในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด การได้รับอันตราย และการที่ถูกยั่วยุ จะทำให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์มีความเข้มข้นขึ้น

ทฤษฎีทางด้านเหตุผลและอารมณ์ เป็นหนึ่งในทฤษฎีทางด้านความคิด การพิจารณาความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิต (Ellis, 1962) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสัมพันธ์ทางด้านอารมณ์และร่างกายมีความเกี่ยวเนื่องกัน ในขณะที่ทารกถูกกีดกันไม่ให้เคลื่อนไหว และไม่ได้รับการสัมผัส ทำให้สมองไม่เกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะส่วนซีรีเบลลัม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น ความผิดปกติดังกล่าว คือ ศูนย์ควบคุมความรู้สึกยินดี (Pleasure center) ในสมองได้หายไป ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากชีวิตวัยเด็กขาดความอบอุ่น เก็บกดความต้องการของตนไว้ในจิตใต้สำนึก (Unconcious) ทำอะไรตามใจตัวเองไม่ได้ อ่อนแอ ดูตัวเองไร้ค่า เมื่อเกิดความคับข้องใจ ก็จะสู้หรือถอยหรือระบายออกมา ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ถ้าสะสมไว้และใช้กลไกทางจิตแบบถดถอย (Regression) ก็เป็นสาเหตุของโรคจิตได้ และถ้าใช้

กลไกทางจิตแบบเก็บกด(Repression) จะทำให้เพิ่มพูนความไม่พอใจ ถ้าระบายออกมากเกินไป ก็จะแสดงความก้าวร้าวออกมา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงกลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีทางด้านความคิดBandura (1973)

จากทฤษฎีทางด้านความคิด พอสรุปได้ว่า กระบวนความคิด มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความโกรธ และการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจ ก็จะสู้หรือถอยหรือระบายออกมา ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ถ้าสะสมไว้และใช้กลไกทางจิตแบบถดถอย (Regression) ก็เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตได้ ถ้าใช้กลไกทางจิตแบบเก็บกด (Repression) ก็จะเก็บสะสมความไม่พอใจไว้จนระเบิดออกมากลายเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว

3.2.2 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociocultural Theories)

เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยค่านิยม ทัศนคติ แบบแผนของพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว โดยในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ ซึ่งการพิจารณาที่มาของพฤติกรรม อารมณ์ กลไกการเกิดพฤติกรรมนั้น ย่อมมีความแตกต่างกันออกไป Jaques & Reimer (2001) ได้ศึกษาถึงลักษณะการสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าหากบุคคลมีการสร้างสัมพันธภาพที่ชอบโต้เถียง หรือชอบใช้อำนาจจะมีโอกาสเสี่ยงในการ

แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรงได้ เขาได้อธิบายให้ชัดเจนถึงตัวแปรที่ควรคำนึงถึง เช่น ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลและลักษณะสัมพันธภาพเป็นสาเหตุเริ่มต้นในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นอกจากนั้นรูปแบบของการแสดงพฤติกรมก้าวร้าวจะแสดงออกด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ ในรูปแบบที่แสดงออกถึงความตั้งใจ เช่น เมื่อพยาบาลรู้สึกโกรธและกล่าวว่า "ฉันรู้สึกจิตใจว้าวุ่น เมื่อคุณปล่อยให้คนอื่นบอกคุณว่าจะแก้ไขปัญหาของคุณอย่างไร" รูปแบบของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจเช่น เมื่อแพทย์ตะโกนใส่พยาบาลต่อหน้านักศึกษาแพทย์และผู้ป่วย หรือเมื่อพ่อแม่ ฟาดก้นลูกเพื่อเป็นการลงโทษด้วยความโกรธ

3.3 ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว

ได้มีนักวิชาการหลายท่าน จำแนกการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านต่างๆไว้ดังนี้

3.3.1 พฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด เป็นการใช้คำ พูดตำหนิติเตียนวิพากษ์วิจารณ์ พูดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ Jaques & Rimer (2001) การพูดจะพูดเร็ว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆใช้คำพูดกระแทกกระทั้นวาจาหยาบคาย ก้าวร้าวตะโกนดุด่าคุกคามข่มขู่ ต่อสิ่งที่เป็นต้นเหตุ (จิตจำนง ผลพฤกษา, 2540) ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่มีตัวตนหรือไม่มีตัวตนก็ได้ พูดจนเสียงแหบคอแห้ง

3.3.2 พฤติกรรมก้าวร้าวแสดงออกทางร่างกาย ได้แก่ การมีสีหน้าบึ้งตึงแววตาไม่เป็นมิตรแสดงท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกิน การนอนการขับถ่าย แสดงท่าทางหยาบโลน กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง มีความรู้สึกทางกามารมณ์สูง และแบ่งพฤติกรรมการแสดงออกทางร่างกายออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ ทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ทุบ ทำลายกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

2) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนอื่น หาเรื่องทะเลาะวิวาททำร้ายและละเมิดสิทธิผู้อื่น โดยการกัด การตี การเตะ การผลัก ถ่มน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ

3) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง เช่น การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง หรือการจุดไฟเผาตนเอง การดึงผม การโขกศีรษะตนเองกับพื้น การทิ้งตัวลงพื้นหรือสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3.4 พฤติกรรมก้าวในผู้ป่วยจิตเภท

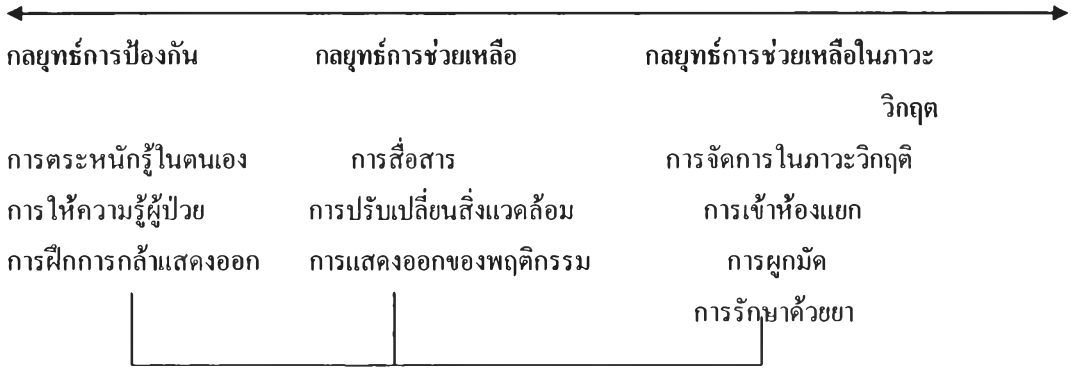
จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ การเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งได้แก่ โรคจิตเภทเฉียบพลัน (acute psychosis)ที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคล และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรงร่วมกับสับสน นอกจากนี้ในผู้ป่วยหวาดระแวง (paranoid psychosis) ซึ่งอาจจะมีผลมาจากพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นอันตรายต่อผู้อื่นมาก เนื่องจากแบบแผนความคิดของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะกล่าวโทษคนอื่นและมีอาการหลงผิดว่าคนอื่นจะมาทำร้ายตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามป้องกันตนเอง อาการประสาทหลอนทางตาและทางหู ทำให้ผู้ป่วยสับสน และเกิดความกลัวมาก จนกระทั่งผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายนั้น ตลอดจนในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง (organicbrain syndrome) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาที่เพิ่มขึ้น คือ สูญเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล และสูญเสียความทรงจำระยะใกล้ มีประสาทหลอนทางตาเกิดขึ้นบ่อยๆ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หลังจากนั้นมักแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจนถึงพฤติกรรมรุนแรง

3.5 แนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว

Hamolia (2005) มีแนวคิดพื้นฐาน ที่ว่า การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวมีความเกี่ยวเนื่องกับอารมณ์โกรธและเกี่ยวเนื่องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นแนวทางในการป้องกันผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้แบ่งการช่วยเหลือและป้องกันไว้ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 กลยุทธ์การป้องกัน ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว และการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม

ขั้นที่ 2 กลยุทธ์การให้การช่วยเหลือประกอบด้วย การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การแสดงออกของพฤติกรรม และการให้ยา ขั้นที่ 3 กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติประกอบด้วย การจัดการในภาวะวิกฤติ การให้อยู่ในห้องแยก และการผูกมัด ดังแสดงให้เห็นในภาพที่ 4



ภาพที่ 6 แสดงระยะในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว Hamolia (2005)

ขั้นที่ 1 กลยุทธ์การป้องกัน ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลการให้ความรู้ และการฝึกการกล้าแสดงออก มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การตระหนักรู้ในตนเอง

สิ่งสำคัญในกลยุทธ์การป้องกัน คือ การตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล เนื่องจาก พยาบาลต้องใช้ตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วย ถ้าพยาบาลเกิดความเครียดในตนเอง เช่น เหนื่อย โกรธ เฉื่อยชา สิ่งเหล่านี้ก็จะถูกถ่ายทอดไปยังผู้ป่วย และจะทำให้การบำบัดไม่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าตัวพยาบาลขจัดปัญหาและความเครียดของตนเองออกไปก่อนให้การบำบัดผู้ป่วย ก็จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือได้เป็นอย่างดี การตระหนักรู้ในตนเองและการควบคุมดูแลจะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าความต้องการของตนเอง

1.2 การให้ความรู้

การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการสื่อสารและการแสดงออกของอารมณ์โกรธที่เหมาะสมเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากผู้ป่วยมีความยากในการระบุความรู้สึกของพวกเขา ไม่สามารถแสดงความต้องการที่ตนเองปรารถนาและยากที่สุดในการที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ Pavio (1999)ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยให้ฝึกการใช้การพูดเพื่อแสดงความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกโกรธได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการสอน คือ

(1) การสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น

(2) การพูดที่ไม่ใช่การร้องขอที่ไม่มีเหตุผล

(3) การที่เริ่มบอกกล่าวถึงสิ่งที่รู้สึกไม่พอใจ

(4) การชื่นชมการแสดงออกที่เหมาะสม

นอกเหนือจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทีมผู้ดูแลต้องมีการเตรียมการสะท้อนถึงการแสดงออกของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของทักษะที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้ และการให้การบ้านจะประสิทธิภาพในการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แผนการให้ความรู้(Assertiveness)เพื่อสอนให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการแสดงออกของอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม

เนื้อหา	ข้อแนะนำสำหรับดำเนินกิจกรรม	การประเมินผล
1. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ	- มุ่งประเด็นไปยังพฤติกรรมการแสดงออก - แสดงบทบาทสมมติการแสดงออกของอารมณ์โกรธ - ใช้สัญลักษณ์ในการแสดงความรู้สึกแทนคำพูด	- ผู้ป่วยสาธิตการแสดงออกของอารมณ์โกรธ
2. การอนุญาตให้แสดงอารมณ์โกรธ	- การบรรยายสถานการณ์ในสิ่งซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ	- ผู้ป่วยอธิบายสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ
3. การฝึกปฏิบัติการแสดงอารมณ์โกรธ	- แสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่สมมติขึ้นมาซึ่งมีการตอบสนองต่ออารมณ์โกรธที่เหมาะสม	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทสมมติและระบุพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับการแสดง อารมณ์โกรธ
4. การประยุกต์การแสดงออกของอารมณ์โกรธ	- ช่วยให้ผู้ป่วยระบุถึงสถานการณ์ที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์โกรธ - แสดงบทบาสมมติในการเผชิญสิ่งที่ทำให้โกรธ - ชมเชยเมื่อการแสดงออกของอารมณ์โกรธเป็นผลสำเร็จ	- ผู้ป่วยระบุสถานการณ์จริงที่เป็นผลของอารมณ์โกรธ - ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทสมมติในการแสดงออกของอารมณ์โกรธ
5. ระบุทางเลือกในการแสดงอารมณ์โกรธเพื่อใช้ในสถานการณ์จริง	- บันทึกรายละเอียดของอารมณ์โกรธในการเผชิญทั้งทางตรงและทางอ้อม - แสดงบทบาทสมมติใน พฤติกรรมที่ได้เลือกและร่วมกันอภิปรายผลถึงสถานการณ์ซึ่งได้เป็นทางเลือกของการแสดงออกของพฤติกรรม	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุทางเลือกและวางแผนในการเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม
6. การเผชิญหน้ากับบุคคลที่เป็นแหล่งของการเกิดอารมณ์โกรธ	- จัดเตรียมการสนับสนุนระหว่างการเผชิญหน้ากับบุคคลที่เป็นปัญหาถ้าผู้ป่วยต้องการ - อภิปรายผลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลหลังจากเผชิญหน้ากับเหตุการณ์	- ผู้ป่วยระบุความรู้สึกและเผชิญหน้ากับสิ่งที่ทำ โกรธอย่างเหมาะสม

(Hamolia, 2005)

1.3 การฝึกการกล้าแสดงออก

การสอนทักษะการกล้าแสดงออกเป็นสิ่งที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือทางการพยาบาล สัมพันธภาพที่ขัดแย้งเป็นการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมก้าวร้าวเพราะว่าผู้ป่วยไม่มีอิสระในการแสดงออกของพฤติกรรมพฤติกรรมการกล้าแสดงออกเป็นทักษะพื้นฐานประกอบด้วย

(1) การสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่น

(2) การพูดร้องขอที่มีเป็นเหตุเป็นผล

(3) การพูดเมื่อรู้สึกไม่พอใจ

(4) การพูดเพื่อแสดงความชื่นชมที่เหมาะสม

ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้โดยการฝึกปฏิบัติทักษะในกลุ่มบำบัดและการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยผู้ป่วยสามารถที่ดูการฝึกทักษะจากทีมผู้ดูแลสาธิตทักษะเฉพาะและแสดงบทบาทสมมติโดยใช้ทักษะเหล่านั้น ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงผลย้อนกลับ ในการแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น การมอบการบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะโดยปราศจากสิ่งแวดล้อมภายในกลุ่ม ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงได้ถ้าผู้ป่วยมีการเรียนรู้ใหม่และมีการฝึกทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 2 กลยุทธ์การให้การช่วยเหลือ ประกอบด้วย การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การยอมรับของพฤติกรรมผู้ป่วย การรักษาด้วยยา มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การสื่อสาร

การพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ด้วยท่าทีผ่อนคลาย ไม่คุกคามผู้ป่วย การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลของพยาบาลจะช่วยลดพฤติกรรมผู้ป่วยที่วุ่นวายได้ พยาบาลควรใช้น้ำเสียงที่สื่อความมั่นคงทางจิตใจ ควรเรียกชื่อผู้ป่วยและบอกชื่อตนเองทุกครั้งในขณะให้การพยาบาล และควรบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่ให้การพยาบาล โดยใช้คำพูดที่สั้นๆ ง่ายๆ และไม่ควรละเลยถึงความรู้สึกผู้ป่วย

2.2 การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เป็นการบำบัดแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การนอน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การอาบน้ำ และกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆในหอผู้ป่วย ซึ่งการจะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิ่งต่างๆเหล่านี้ให้สมบูรณ์จะต้องอาศัยบุคลากรของทีมสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอาชีวะบำบัด และนักนันทนาการบำบัด เป็นต้น

2.3 การจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย

การให้การช่วยเหลือทางการพยาบาลจะรวมถึงการได้ประยุกต์องค์ความรู้ของการจัดการทางด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งการจำกัดบริเวณเป็นหนึ่งในวิธีการพื้นฐานในการให้การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ การจำกัดบริเวณไม่ใช่การลงโทษ แต่เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สงบลงในการจำกัดบริเวณต้องมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งและเคารพในตัวตนของผู้ป่วยพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของพฤติกรรมก้าวร้าว และจะต้องไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.4 การรักษาด้วยยา

การให้การช่วยเหลือด้วยยามีประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยารักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระยะเฉียบพลัน จะใช้ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท จะทำให้ผู้ป่วยสงบลงชั่วคราว ทั้งนี้เพื่อต้องการหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินสภาพร่างของผู้ป่วย ระดับพฤติกรรมรุนแรงและการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อประเมินระดับของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อพิจารณาในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 กลยุทธ์การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย การจัดการในภาวะวิกฤติ การเข้าห้องแยกและการผูกมัด มีรายะเอียด ดังนี้

3.1 การจัดการในภาวะวิกฤติ

วิธีการเข้าหาผู้ป่วย จำเป็นต้องระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองหรือยับยั้งตนเองในการทำร้ายผู้อื่นได้ เช่น ไม่ควรเข้าไปพูดคุยตามลำพังหรือเข้าไปใกล้เกินไป ควรจะมีบุคคลอื่นที่สามารถจะช่วยเหลืออยู่ได้ทันที ควรสังเกตว่ามีอะไรที่ผู้ป่วยสามารถหยิบฉวยมาเป็นอาวุธได้ เรื่องการพูดคุยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ การผูกมัดและการเข้าห้องแยก หรือการให้ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความพร้อมและแข็งแรงที่จะสามารถจัดการกับผู้ป่วยได้ การผูกยึดผู้ป่วย อาจต้องใช้บุคลากรถึง 4- 5 คนในการเข้าหาผู้ป่วยพร้อมๆกัน จับผู้ป่วยพร้อมกัน แขนขา 4 ด้าน และอีกคนผูกยึดตัวผู้ป่วย โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ สิ่งที่ผูกยึดไม่ควรรัดแน่นจนเกินไป ให้ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายได้บ้างพอควร

3.2 การเข้าห้องแยก (Seclusion)

การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมเป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้น อาจเป็นลักษณะห้องรวมหรือห้องเดี่ยว ในห้องมีอุปกรณ์ตกแต่งน้อยที่สุด เพื่อความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยเอง การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมนั้น เป็นการใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก การใช้ห้องแยกจะเป็นการปรับพฤติกรรมโดยธรรมชาติให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทำโทษ อับอาย หรือเป็นประจานความผิด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คับข้องใจมากยิ่งขึ้น ควรสนใจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของตนเองได้ และการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพก็เป็นสิ่งสำคัญก่อนที่จะใช้วิธีการจำกัดพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยว่ามีพฤติกรรมจำเป็นที่ต้องถูกจำกัดหรือไม่ และพยาบาลได้ให้การพยาบาลโดยวิธีอื่นหรือยังถ้าให้การพยาบาลด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ประสบความสำเร็จและเพื่อลดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น จึงค่อยนำวิธีการจำกัดพฤติกรรมมาใช้ โดยบุคลากรในทีมพยาบาลต้องมีความเข้าใจตรงกันในแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วย

3.3 การผูกมัดผู้ป่วย (Use of restraints)

การใช้เครื่องผูกมัด คือ การใช้ผ้าสำหรับผูกมัดเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นหรือสิ่งของ อยู่นิ่งไม่ได้ มักหลบหนีออกจากโรงพยาบาล การที่บรรลุวัตถุประสงค์นี้ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการจำกัดพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญ การจำกัดพฤติกรรมไม่ได้นำมาเพื่อการลงโทษผู้ป่วยแต่นำมาใช้ปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเองด้วย

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความก้าวร้าวนั้น เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลจึงควรให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งจากมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความก้าวร้าวของกรมสุขภาพจิต (2542) มีดังนี้ คือ

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวประเภทวิกฤติ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย ทำร้ายผู้อื่นและอุบัติเหตุ

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยโต้ตอบและบอกความรู้สึกของตนเองได้
2. ผู้ป่วยไม่พยายามแสวงหาสิ่งของมาเป็นอาวุธทำร้ายตนเองและผู้อื่น
3. ผู้ป่วยสงบยอมรับการจำกัดพฤติกรรม
4. ผู้ป่วยยอมรับประทานยา และฉีดยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย
   2.1 แนะนำตัว เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง
   2.2 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิด
   2.3 รับฟังผู้ป่วยโดยไม่โต้เถียง ไม่ตัดสินว่าผิดหรือถูก
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

4. จำกัดพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ก่อนการจำกัดพฤติกรรม ต้องบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม และต้องตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที

5. ชี้แจงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้ปลอดภัย

6. ให้ยาตามแผนการรักษา

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวประเภทแรกรับ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย ทำร้ายผู้อื่นและอุบัติเหตุ

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบ สนทนา

2. ผู้ป่วยพูดระบายความคิด ความรู้สึกของตนเอง

3. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของหอผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและช่วยจัดสภาพแวดล้อมให้สวยงามน่าอยู่ และปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นทุกเวร
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างความไว้วางใจด้วยท่าทีจริงใจ อบอุ่น เป็นมิตร
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก
5. จัดผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกสบาย และปลอดภัย
7. จำกัดพฤติกรรมเมื่อจำเป็น

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวประเภทเร่งรัดบำบัด

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยรับฟัง ซักถามพูดโต้ตอบในการสนทนากับผู้อื่น

2.ผู้ป่วยเข้าเข้ากิจกรรมกับผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1.สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับผู้อื่นทุกวัน

3.พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ สัมพันธภาพและการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4. ทำจิตบำบัดประคับประคองรายบุคคล

5.ให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาผลข้างเคียงของยา และการขอความช่วยเหลือ

6.แนะนำญาติให้มาเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวประเภทบำบัดระยะยาว

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาด้วยตนเอง และมารับการรักษาต่อเนื่อง

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1.ผู้ป่วยบอกความสำคัญของการรักษาต่อเนื่องได้

2. ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการเตรียมผู้ป่วยหลังจำหน่าย

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. แนะนำมาเยี่ยมสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

หทัยรัตน์ ดิษฐอั้ง (2550) ได้ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติและการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 23 คน โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้ ของ Town send (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการกับอารมณ์โกรธ

ของ Novaco (1975) และประยุกต์แผนการสอนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 100.00 ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลย

สิวลี เปาโรหิตย์ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาและระหว่างเข้ารับการรักษามีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 23 คน โดยใช้แนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับแนวคิดการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) โปรแกรมการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ขั้นที่ 3 ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ประเมินผลหลังการสิ้นสุดกิจกรรม โดยติดตามผลระยะ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมโปรแกรมไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

สิรินภา จาติเสถียร (2547) ได้นำแนวคิดโปรแกรมควบคุมความโกรธของNovaco (1985) ไปพัฒนาใช้ในการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทใน ร.พ ศรีธัญญา แผนกผู้ป่วยใน ที่มีประวัติเอะอะก้าวร้าวตนเองและผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ จำนวน 20 คน โดยแบ่งผู้ป่วยชาย 13 คน ผู้ป่วยหญิง 7 คน เข้ากลุ่มทดลองตามโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ๆละ 2-3 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธ และแบบวัดการแสดงความโกรธ 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง ขั้นสิ้นสุดการทดลอง และขั้นติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ ในผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดคะแนนการแสดงความโกรธของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพิ่มคะแนนการควบคุมความโกรธ และคะแนนความรู้ในการควบคุมความโกรธในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ (2542) ได้พัฒนาแบบวัดการแสดงความโกรธ ขึ้นจากแบบ วัด สภาวะ- ลักษณะและการแสดงความโกรธ STAXI (The State Trait Anger Expression Inventory) ของ Spielberger (1996) โดยมาแปลเป็นภาษาไทยจำนวนทั้งหมด 44 ข้อ นำข้อคำถามที่แปลจาก The State Trait Anger expression inventory ของ Spielberger (1996) มารวมกับข้อคำถามที่สร้างขึ้น นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามคำจำกัดความ และนำผลการตรวจสอบมาคัดเลือกโดยถือเกณฑ์ตัดสิน 3 ใน 5 ท่าน นำไปหาค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน ใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ของแบบวัดในมาตรการเก็บความโกรธไว้ภายในเท่ากับ .90 มาตรการแสดงความโกรธออกภายนอกเท่ากับ.87 และมาตร การควบคุมความโกรธเท่ากับ .92

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ 2542 ได้ศึกษาผลของให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น โดยทำการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบก่อนและหลังการทดลองสามารถลดความโกรธโดยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีประวัติว่าเคยแสดงความก้าวร้าว จำนวน 16 คน มีคะแนนการแสดงความโกรธออกภายนอก มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 และคะแนนการควบคุมความโกรธต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 25 สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 8 คนและกลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เป็นเวลา 7 สัปดาห์ต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 20 ชั่วโมง โดยเครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบวัดประสบการณ์ความโกรธและการแสดงความโกรธ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสำรวจความโกรธแบบสภาวะ-ลักษณะและการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีการแสดงความโกรธออภายนอกลดลง และสามารถควบคุมความโกรธได้ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

หรรษา แก้วพูลปกรณ์ (2541) ได้ทำการวิจัยผลของการฝึกควบคุมความโกรธและทักษะทางสังคมที่มีต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคอุตรดิตถ์ อายุ 15 – 18 ปี จำนวน 20 คนทำการทดลองแบบกลุ่มทดลองมีกลุ่มควบคุม สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วยการฝึก 3 องค์ประกอบคือ การฝึกควบคุมความโกรธ การสอนพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของสังคม และการสอนจริยธรรม ในส่วนการฝึกควบคุมความโกรธได้ใช้แนวคิด การควบคุมความโกรธของ Novaco (1985) ใช้วิธีการตัวแบบ (Modeling) การแสดงบทบาท (Role play) และการให้ข้อมูลป้อนกลับต่อการกระทำ (Performance feedback) กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการควบคุมความโกรธและทักษะทางสังคม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8 ครั้ง การเก็บรวบรวมโดยการตอบแบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าว ในระยะก่อนทดลองและสิ้นสุดการทดลอง และการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวแบบช่วงเวลา ในระยะเส้นฐาน ระยะทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังการทดลองน้อยกว่าระยะการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Chemtob et al. (1997) ได้นำแนวคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1985) ไปใช้ควบคุมความโกรธในทหารผ่านศึกเวียดนาม ที่มีอาการเครียดภายหลังเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ (Post Traumatic Stress Disorder) และมีการแสดงความโกรธอย่างรุนแรง โดยใช้กลุ่มทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 7 คน ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่ม 12 ครั้ง วัดคะแนนการแสดงความโกรธและการควบคุมความโกรธก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 18 เดือน พบว่าได้ผลกับการลดปฏิกิริยาความโกรธ และความสามารถในการควบคุมความโกรธได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Taylor et al. (2002) ได้นำโปรแกรมการควบคุมความโกรธโดยใช้กระบวนการจัดความคิดพฤติกรรม มาใช้กับผู้ป่วยที่มีความด้อยทางปัญญา โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 9 คน ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 10 คน มีโปรแกรมการทำการรักษาเป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล 18 ครั้ง ใช้เวลา12 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความโกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hui-Ya Chan (2003) ได้นำรูปแบบการควบคุมความโกรธของ Novaco (1985) ไปใช้ในการควบคุมการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน ในรูปแบบการทำกลุ่มตามโปรแกรมจำนวน 10 ครั้ง ใช้แบบวัดการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) วัด 4 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังทำกลุ่มในครั้งที่ 5 หลังสิ้นสุดกลุ่มครั้งที่ 10 และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมการควบคุมความโกรธ สามารถลดการแสดงออกความโกรธ และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Davey, Day, and Howells (2005) ได้มีการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ความโกรธระดับสูง แต่มีการควบคุมในระดับต่ำหรือไม่แสดงความโกรธออกมากับผู้ที่มีประ สบการณ์ความโกรธระดับต่ำ หรือแสดงออกความโกรธระดับต่ำแต่ต่อมาก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงเพื่อเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการบำบัดรักษา

Dahlen & Martin (2005) ทำการศึกษาวิจัยต่อจาก Palfai and Hart (1997) เกี่ยวกับการแสดงความโกรธและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในนักเรียนที่เป็นอาสาสมัครจำนวน189 คน พบว่าผู้ที่มีความโกรธแบบลักษณะ (Trait anger) มีความปรารถนาที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการแรงสนับสนุนจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson & Greene (1991) ที่พบว่าการหยุดยั้งความโกรธ การไม่แสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว จะ

ได้รับการยอมรับและการสนับสนุนทางสังคม ยิ่งกว่านั้นการมีความโกรธแบบ Anger-in ยังทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิสระในการแสดงความโกรธในแบบที่สังคมต้องการ มากกว่า Anger-out

Kassinove & Sukhodolsky (1995) ศึกษาพบว่า ผู้ที่มี Anger-in มีแนวโน้มที่จะพุ่งความโกรธเข้าสู่ตนเอง ส่วน Anger-out มีแนวโน้มจะพุ่งความโกรธไปที่ผู้อื่น โดยใช้แบบวัดของ Spielberger 's (1999) State –Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)พบว่าผู้ที่มี Anger-in ในระดับสูงจะมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากสังคม ต่ำกว่าพวกที่มีAnger-in ระดับต่ำ ผู้ที่มีประสบการณ์ความโกรธแบบลักษณะ (Trait anger) ที่สูงจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพลดคุณค่าและการนับถือตนเอง มีความยากลำบากในการเรียนและประกอบอาชีพขาดการมีสัมพันธ์กับผู้อื่นและภายในครอบครัว เพราะมักพุ่งความโกรธไปที่ผู้อื่นโดยตรงมักจะเป็นผู้ที่เคยมีสัมพันธภาพกันมาก่อน

6. โปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

วิธีในการที่ใช้ในการจัดโปรแกรมในการลดความโกรธและเพิ่มการควบคุมความโกรธนั้น Eron แนะนำว่าวิธีการในแนวปัญญาและพฤติกรรมนิยมจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จได้ (Eron cited in Kassinove and Eckhardt, 1995 : 203) มีการศึกษาพบว่าการใช้วิธีการในแนวปัญญาและพฤติกรรมนิยม สามารถลดอาการทางจิตและความโกรธในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตได้ และวิธีการหนึ่งซึ่งเป็นวิธีจัดการแนวปัญญาและพฤติกรรมนิยมก็คือการควบคุมความโกรธ โดยการสงบจิตใจ การผ่อนคลายอารมณ์อย่างรวดเร็วเท่าที่เป็นไปได้ และการควบคุมตนเอง อันจะนำมาซึ่งการควบคุมความเครียด การรับฟังผู้อื่น การพยายามไกล่เกลี่ย การผ่อนคลาย (Navaco, 1994) ซึ่ง Navaco ได้มีการจัดทำโปรแกรมการควบคุมความโกรธไว้แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพที่จะนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทอย่างเด่นชัด ผู้ศึกษาได้มีการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมความโกรธโดยมีขั้นตอนตามแนวคิดของ Navaco (1975) และได้นำเนื้อหาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการอยู่ 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 5 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความคิด เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด ปฏิกิริยาทางกาย และลักษณะทางพฤติกรรม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาเนื้อหาของกิจกรรม มาจากแนวความคิดการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Hamolia

(2005) ตามกลยุทธการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการให้ผู้ป่วยได้รู้จักความหมายของความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการรู้จักอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งใน โดยผู้นำกลุ่ม แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมฝึกการควบคุมความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และความสำคัญของการฝึก ซักถามพูดคุยถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาใครมีประสบการเกี่ยวกับความโกรธบ้างแล้วแสดงออกมาทางพฤติกรรมอย่างไร โดยการสุ่มถามสมาชิก 2-3 คน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปความหมายของอารมณ์โกรธและการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และแจกใบงานที่ 1 ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ประเด็นเหตุการณ์หรือสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้นำกลุ่มสรุปตามใบความรู้ที่ 1 อีกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนหรือตัวบ่งชี้ทางกาย ผู้นำกลุ่มทบทวนเนื้อหาที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว โดยที่มีตัวชี้นำทางร่างกาย และสัญญาณเตือนที่สังเกตได้ด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 2 ผู้ป่วยพิจารณาตนเองเมื่อเวลาที่เกิดความโกรธ ว่ามีปฏิกิริยาอย่างไร แล้วซักถามผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มสรุปตามใบความรู้ 2 สอนให้ผู้ป่วยรู้จักการสังเกต และรู้ถึงสภาวะทางร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ว่าเริ่มเกิดอาการและความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธที่เกิดขึ้น แล้วสรุปความรู้ทั้งหมดอีกครั้ง มอบหมายการบ้านในการบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธและสัญญาณเตือนที่พบลงในแบบบันทึกการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการเมื่อเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้ศึกษาได้นำขั้นตอนการฝึกซ้อมทักษะตามแนวคิดการควบคุมความโกรธ ของ Navaco (1975) มาประยุกต์ใช้ โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับความโกรธต่อการตอบสนองสถานการณ์ที่มากระตุ้นด้วยการขอตัวออกจากสถานการณ์ และการฝึกผ่อนคลายทำให้เกิดความตึงเครียดน้อยลง ร่วมกับกลยุทธการช่วยเหลือ ของ Hamolia (2005) ในด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารบอกความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกโกรธออกมาได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม มี 2 กิจกรรม คือ

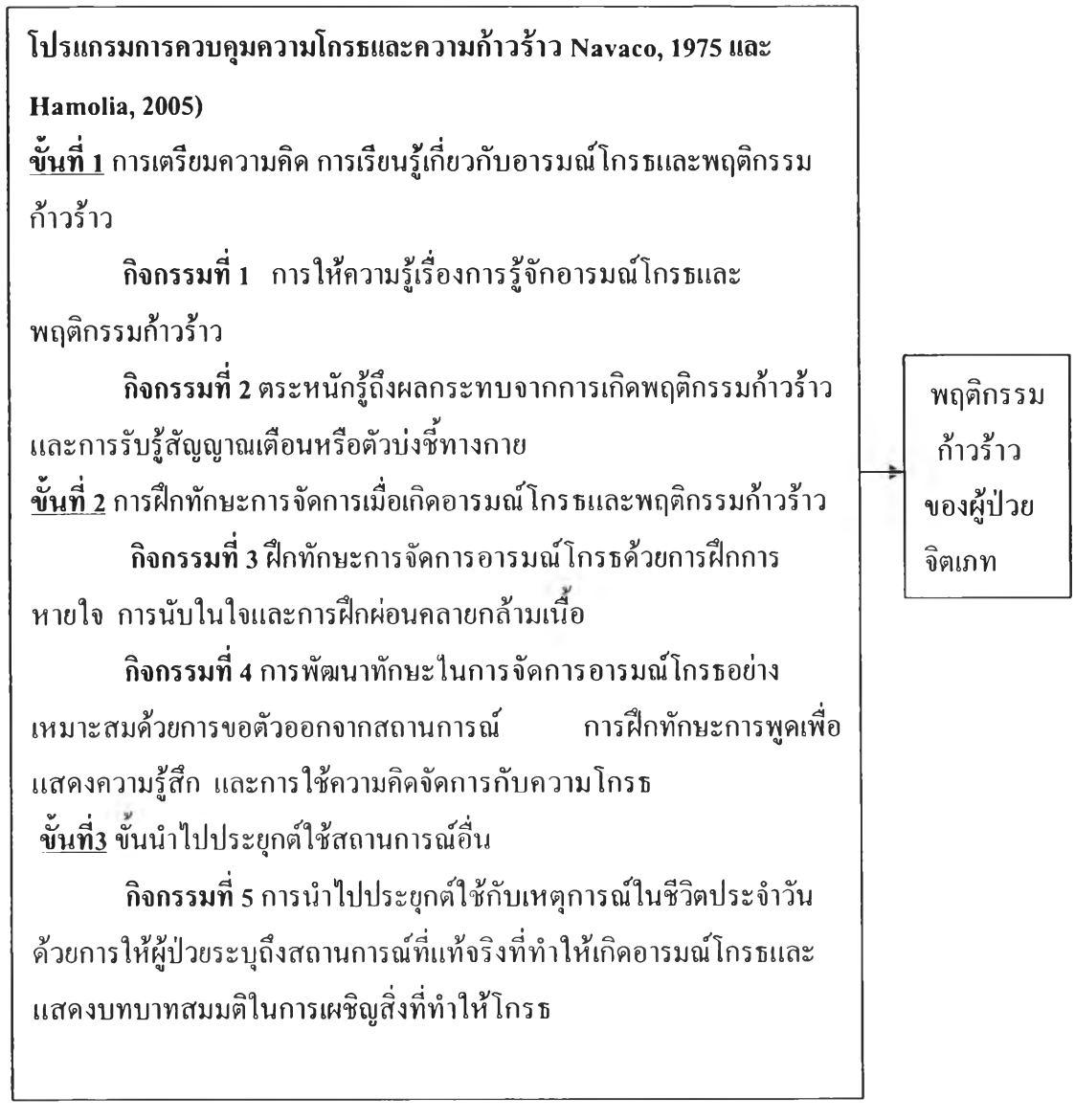
กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์โกรธด้วยการฝึกการหายใจ การนับในใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับวิธีจัดการกับความโกรธของตนเอง จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องทักษะการจัดการอารมณ์โกรธด้วยการฝึกการหายใจ การนับในใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติโดยใช้ วีดีทัศน์เป็นสื่อ

ประกอบ มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปทำตามกิจกรรมที่กำหนดในแบบบันทึกการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะในการจัดการอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสมด้วยการขอตัวออกจากสถานการณ์ การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก และการใช้ความคิดจัดการกับความโกรธ โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกโกรธ และยกวิธีการจัดการกับความโกรธของตนเอง จากนั้นผู้นำกลุ่มอธิบายถึงวิธีกาจัดการความโกรธตามใบความรู้ที่ 4/1 และเล่าเหตุการณ์ตามสถานการณ์ จำนวน 3 สถานการณ์ แล้วให้ผู้ป่วยบันทึกความเห็นของตนเองเกี่ยวกับวิธีการจัดการความโกรธด้วยการขอตัวออกจากสถานการณ์ การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก และการใช้ความคิดจัดการกับความโกรธ ตามสถานการณ์ที่ได้ฟัง และให้ทุกคนสรุปความรู้ที่ได้อีกครั้ง มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปทำ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์อื่น เป็นการนำขั้นตอน การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น ของ Navaco (1975) มาใช้ร่วมกับเนื้อหาตามแผนการให้ความรู้ เพื่อสอนให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการแสดงออกของอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม (Assertiveness) ในส่วนแสดงบทบาทสมมติในการเผชิญสิ่งที่ทำให้โกรธ ตามกลยุทธการป้องกันของ Hamolia (2005) มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 การนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันด้วยการให้ผู้ป่วยระบุถึงสถานการณ์ที่แท้จริงที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธและแสดงบทบาทสมมติในการเผชิญสิ่งที่ทำให้โกรธ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนถึงวิธีการควบคุมความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วให้ผู้ป่วยคิดถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธโดยให้หยิบยกในชีวิตประจำวัน จากนั้นให้ผู้ป่วยจับคู่แสดงบทบาทในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงวิธีในการควบคุมความโกรธว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ และให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นในการเลือกวิธีการควบคุมความโกรธที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นและสังคม เพื่อไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงกับครอบครัว ชุมชน หลังจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาทั้งหมด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวแล้ว ผู้ศึกษาขอเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย