

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น อัตราการเกิดโรคสูงร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Boyd, 2005) และเป็นการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากข้อมูล ซึ่งพบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2548-2550 หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตได้ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยใน พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 43.84, 43.46 และ 39.72 ตามลำดับ พบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-59 ปี

(ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2550) ลักษณะของโรคมะเร็งการเจ็บป่วยที่ยาวนาน เรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นลักษณะสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการดูแลตนเองและการทำงาน มีปัญหาในการปรับตัว ขาดทักษะการสื่อสาร มีการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ไม่เหมาะสมโดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวและไม่มีโรคทางกาย แต่การหยั่งรู้เสียไป (มานิช หล่อตระกูล, 2542; มาลี รัตนพลลภ, 2545) ระยะเริ่มมีอาการมักจะค่อยเป็นค่อยไปและส่วนมากพบว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น เมื่อเริ่มป่วยมักแยกตัว ไม่เข้าสังคมและไม่สามารถต่างๆลดลง เมื่อได้รับความกดดันทางจิตใจที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการทางจิตชัดเจน คือ มีอาการหลงผิด หวาดระแวง พวคนคนเดียว อารมณ์ไม่เหมาะสม มีประสาทหลอนหรือภาพหลอน ร้อยละ 20-30 จะมีอาการปานกลางอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 40-60 จะมีอาการรุนแรงและกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ทุกด้านตลอดชีวิต (สุชาติ พหลภาคย์, 2544) และมีความเสื่อมถอยด้านต่างๆ ไปเรื่อยๆ ตามระยะที่ป่วย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม และเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ ทำให้มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่าย และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

พยาธิของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในการรับรู้ความจริง พร่องในการควบคุมความขัดแย้ง และมีการแสดงอารมณ์ด้วยความก้าวร้าว (Chen, 1997) ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะพบได้ถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วย

จิตเภททั้งหมด (อนันต์ อุ่นแก้ว และคณะ, 2543) โดยพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นจะมีการแสดงออกหลายลักษณะทั้งพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของฉีกเสื้อผ้า ขีดเขียนผนังห้อง หรือแสดงออกทางวาจา ได้แก่ ส่งเสียงดัง ช่มชู้ ตะโกนว่ากล่าวผู้อื่น คำคำหยาบ การกระแทกกระทั้น หรือทำร้ายตนเองโดยการดิ่งสั้นผม หยิกข่วนตนเอง สีระะ โจอ๊กฟัน (Chan, Lu, Tsen, & Chouse, 2003; Wilson & Kneisl, 1996; Yudofsky, Silver, & Jackson, 1986)

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นสาเหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับความกดดันจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธแต่ไม่สามารถจัดการกับความโกรธนั้นได้ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะทางสังคม เช่น ไม่มีความสามารถที่จะสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลอื่น อีกทั้งมีการแก้ปัญหาในลักษณะไม่เหมาะสมหรือมีทางเลือกในการแก้ปัญหาน้อย (Hoffman et al., 1998) มักนำไปสู่ความรุนแรงได้เพราะอารมณ์ชั่ววูบ (Chen, 1997; Schwartz & Park, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ รจิต เจียงวรรณะ และคณะ (2541) ที่พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความต้องการหรือความคาดหวังของบุคคลถูกขัดขวางทำให้เกิดอารมณ์ไม่มั่นคง เกิดความโกรธแล้วผลักดันให้คนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่ง Hoffman et al. (1998) กล่าวว่า ขั้นตอนการเกิดความโกรธและความก้าวร้าวมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 เหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้นถูกรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ในทางลบ ขั้นที่ 2 การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ถูกรับรู้ ในรูปแบบของพฤติกรรมที่เคยใช้มาแล้วในสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้น สำหรับการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะเป็นแบ่ง 2 ลักษณะ คือ 1) การตอบสนองในทางบวก ได้แก่ การที่ไม่มีความโกรธ ไม่มีความก้าวร้าว 2) การตอบสนองในทางลบ เป็นการตอบสนองในลักษณะรุนแรงต่อสถานการณ์ เมื่อมีความโกรธเกิดขึ้น

พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดในหอผู้ป่วยไม่ว่าจะเกิดจากสภาพจิตใจหรือเกิดจากสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดปัญหาตามมาคือ ตัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) อีกทั้งมีผลต่อผู้ป่วยอื่นทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายและเกิดความหวาดกลัว (นิรันดร์ วิเชียรทอง, 2541) และต่อทรัพย์สินโดยทำให้เกิดความเสียหาย เช่น เตียงนอน เก้าอี้ ภาชนะใส่อาหาร กระจกหน้าต่าง ประตู เป็นต้น อีกทั้งการแสดงออกอย่างก้าวร้าว ยังทำให้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และชุมชนอีกด้วย (Chemtob et al., 1997) ดังนั้นแนวทางในการป้องกันแก้ไขความก้าวร้าวจึงควรจัดการที่สาเหตุของความก้าวร้าวซึ่งได้แก่ความโกรธก่อน (Navaco, 1975) เนื่องจากการบำบัดด้วยการควบคุมความโกรธ เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผู้ป่วยได้รับการเตรียมความคิดและความรู้เกี่ยวกับการเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งทักษะที่ใช้ในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับการฝึกฝน ภายใต้อุปกรณ์ภาพ

ที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Hamolia, 2005)

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางในส่วนภูมิภาค ซึ่งให้บริการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวช จากสถิติผู้มารับบริการปี 2548-2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมี จำนวน 7,234 ราย (ร้อยละ 36.27) 6,671 ราย (ร้อยละ 35.86) และ 6,402 ราย (ร้อยละ 33.62) ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ซึ่งมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวสูงถึงร้อยละ 90 (รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์, 2550) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มักจะมีความคิดที่ผิดปกติ มีอาการหูแว่วประสาทหลอน มีภาวะหวาดระแวง และมีลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน รวมทั้งมีความสามารถในการควบคุมความโกรธน้อย ดังนั้นเมื่อถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ เช่น การที่ต้องอยู่โรงพยาบาลด้วยความไม่เต็มใจ การถูกกระตุ้นจากผู้ป่วยอื่น จึงมักจะมีการแสดงความโกรธออกมาในลักษณะของความก้าวร้าว มีการทะเลาะกับผู้ป่วยด้วยกัน ค่าพยาบาลทำร้ายเจ้าหน้าที่และทำลายสิ่งของ เป็นต้น ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2551 จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ กชพงศ์ สารการ (2542) พบว่า ในแต่ละเวรมีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้งหรือมากกว่าจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ครั้ง จำนวน 7 ราย และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ครั้ง จำนวน 9 ราย ซึ่งการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าว ทำให้เป็นภาระของทีมการพยาบาลในการดูแล การประเมิน และการป้องกันความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย การบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยอื่นเกิดความรู้สึกหวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขใน ขณะที่ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ยังเน้นเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย การผูกยึด และการฉีดยาเพื่อระงับอาการ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลทางจิตสังคม เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่ชัดเจน

จากข้อมูลข้างต้นซึ่งชี้ให้เห็นว่าความโกรธเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ โดยได้ใช้แนวความคิดการควบคุมความโกรธของ Novaco (1975) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า ตัวแปรทางปัญญาย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้ พฤติกรรม

ของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีหลักสำคัญของการควบคุมความโกรธคือ 1) เปลี่ยนความโกรธไปในทางที่สร้างสรรค์เท่าที่จะทำได้ 2) ถ้าไม่สามารถจัดการความโกรธในทางสร้างสรรค์ก็ควรหาทางระบาย โดยมีขั้นตอนในการควบคุมความโกรธ 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparing) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิกริยาทางกาย (Physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม(Behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสภาพการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความโกรธนั้น 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) ฝึกให้เกิดการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เกิดจากการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น ทักษะทางสังคมการผ่อนคลาย และการแก้ปัญหา โดยเน้นการฝึกสอนตนเอง 3) การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยการใช้จินตนาการ (Imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านจากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งผู้ศึกษาได้นำแผนการให้ความรู้ของ Hamolia (2005) มาประยุกต์ใช้ เพื่อสอนให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม (Assertiveness) โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธและเกี่ยวข้องเนื่องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จึงควรป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้ 2 ขั้นตอน คือ 1) กลยุทธ์การป้องกัน ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว และการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม 2) กลยุทธ์การให้การช่วยเหลือประกอบด้วย การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และการแสดงออกของพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำรูปแบบการควบคุมความโกรธของ Navaco (1975) มาใช้ในการศึกษาการควบคุมการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท อาทิสึกษาของ Hui-Ya Chan (2003) และสิรินภา จาติเสถียร (2547) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความโกรธลดลง นอกจากนี้ยังมีการนำรูปแบบการควบคุมความโกรธของ Navaco (1975) มาใช้ร่วมกับแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของ Hamolia (2005) เช่น จากการศึกษาของ สิวลี เปาโรหิตย์ (2550) และหทัยรัตน์ คิชู้อึ้ง (2550) ที่นำทั้ง 2 แนวคิดมาประยุกต์ร่วมกันเพื่อใช้ในการศึกษาการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการควบคุมความโกรธ ของ Navaco (1975) และ แนวความคิดการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Hamolia (2005) มาใช้นั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงความโกรธและความก้าวร้าวลดลง

ในการใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าวซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ ทำให้ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติบทบาทของผู้ปฏิบัติการณ์ขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช ทั้ง

ในเรื่องความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management) และด้านความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งได้ใช้ความสามารถในด้านความสามารถในการสอน (Educator) การฝึกทักษะ (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) และด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) นอกจากนี้การที่ผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินการกลุ่มจะทำให้สามารถให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรวมทั้งสอนและฝึกทักษะแก่พยาบาลที่มีความสนใจในการเป็นผู้ช่วยในการศึกษา รวมทั้งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำโปรแกรมการควบคุมความโกรธมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์เป็นครั้งแรก และประการสุดท้ายคือการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้ผู้ศึกษาได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice) เนื่องจากเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ความรู้และผลการศึกษาวิจัยที่มีอยู่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศก่อนที่จะนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

คำถามการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงหรือไม่ หลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

จากสถิติแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงถึงร้อยละ 90 (รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2550) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

จิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความพร่องในการรับรู้ความจริง พร่องในการควบคุมความขัดแย้ง และมีการแสดงอารมณ์ด้วยความก้าวร้าว Chan & Chou (2003) มีความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนการความคิด มีลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ขาดทักษะพื้นฐานในการแก้ปัญหาและล้มเหลวในการพิจารณาถึงผลของการกระทำ (Chan et al., (2003) ทั้งนี้ Hamolia (2005) กล่าวว่า การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้แนวคิดปัญหาพฤติกรรมนิยม โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรมภายในของบุคคลย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นรูปแบบในการฝึกผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงควรฝึกให้ผู้ป่วยสามารถมีทักษะทางปัญญาในการควบคุมความโกรธ และสามารถนำไปใช้เมื่อเกิดปัญหา หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว เพื่อนำมาใช้ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถจัดการกับอารมณ์โกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีการนำขั้นตอนการควบคุมความโกรธ 3 ขั้นตอน ของ Novaco (1975) และกลยุทธ์การป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Hamolia (2005) มาประยุกต์ใช้ร่วมกันเพื่อสอนให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการแสดงออกของความโกรธอย่างเหมาะสม (Assertiveness)

แนวความคิดการควบคุมความโกรธ ของ Novaco (1975) มีหลักในการดำเนินการ 2 อย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ ซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมความโกรธ จำแนกเป็นกระบวนการบำบัด 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparing) เป็นขั้นที่สอนเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive) ปฏิบัติทางกาย (Physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม (Behavior) ของความโกรธตลอดจนสภาพการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดและผลกระทบของความโกรธนั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกสนับสนุนให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง ให้พยายามแยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มากระตุ้นทำให้โกรธและลักษณะการตอบสนองความโกรธที่ผ่านมา และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด ทำทายด้วยความคิดที่มีเหตุผลและสมมติฐานที่แต่ละคนสร้าง เช่น การแปลการกระทำของผู้อื่นโดยการยกตัวอย่างของพฤติกรรม เพื่อให้ได้คิด ระวังและหยุดยั้งปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจจำได้ว่า การเข้าเหย้า ล้อเลียนจากคนอื่นเป็นการนำสู่การกระตุ้นทางกายซึ่งจะนำไปสู่การระเบิด

ของพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจะพยายามหยุดยั้งปฏิกิริยาตอบสนองนั้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นขึ้นอีก

2. ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้น รู้จักการผ่อนคลาย มีทักษะทางสังคมในการแก้ปัญหา โดยเน้นให้ผู้ป่วยฝึกสอนตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่จะทำให้พวกเขาสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยวิธีที่ได้ผลมากกว่า ในรูปแบบการฝึกทักษะในการคิดและพฤติกรรม เช่น ให้พูดคำว่า “หยุด” เมื่อความคิดสามัญปรากฏออกมา การพูดกับตนเอง เช่น “ฉันสามารถจัดการกับสถานการณ์นี้ในวิธีการที่ได้ผล มากกว่าที่จะตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมเหมือนที่เคยผ่านมา” สอนทักษะ พฤติกรรมต่างๆ ประกอบด้วย การผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร รวมถึงการแก้ปัญหา สำหรับการฝึกการผ่อนคลายนั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายทำให้มีความตึงเครียดน้อยลง และ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าที่จะถูกควบคุมด้วยอารมณ์ และการฝึกพูดเพื่อแสดงความรู้สึก (assertive) ทำให้ผู้ป่วยบรรลุความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรงจากการมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุสิ่งที่ต้องการได้อย่างสงบและได้ผล โดยยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนที่ถูกต้องตามสมควร

3. การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น (Application training) โดยการใช้จินตนาการ (Imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการมอบหมายให้ทำการบ้านจากการพบสถานการณ์ที่เป็นจริง ในระยะสุดท้ายนี้ ผู้เรียนจะได้มีโอกาสในการปฏิบัติทักษะของพวกเขาในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง โดยการแสดงบทบาทสมมติ โดยให้ผู้เรียนนำสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนมาเป็นตัวอย่าง โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยและค่อยทำต่อในฉากสถานการณ์ที่ยากขึ้นด้วยการฝึกหัดตั้งแต่ต้นจนจบ โดยได้รับการสนับสนุนควบคุมจากผู้สอนจนผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมได้ด้วยตนเองและสามารถถ่ายทอดทักษะจากสถานการณ์ที่ถูกควบคุมในกลุ่มไปสู่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ในส่วนของการป้องกันการป้องกันความก้าวร้าวที่นำมาประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กลยุทธ์ในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ตามแนวความคิดของ Hamolia (2005) ที่มีแนวคิดพื้นฐานว่า การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธ และเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้น ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้กลยุทธ์การป้องกันที่สำคัญ 2 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) กลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว (Preventive strategies) เช่น การส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) การสอนให้

ความรู้แก่ผู้ป่วยและการฝึกทักษะการกล้าแสดงออกและทักษะการบอกความต้องการที่เหมาะสม (Assertive training) 2) กลยุทธ์การคาดการณ์ เพื่อการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว (anticipatory) เช่น การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย

จากการประยุกต์ใช้แนวความคิดในการควบคุมความโกรธ ของ Novaco (1975) และ แนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Hamolia (2005) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความโกรธ ซึ่งเป็นสาเหตุของความก้าวร้าว และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อแสดงความก้าวร้าวออกมา นอกจากนี้การฝึกวิธีการจัดการความโกรธอย่างเหมาะสมก็จะช่วยลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง หลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังทำการศึกษาโดยทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) ที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(International Classification of Disease and Related Health problem, 10th revision: ICD- 10) ที่มารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งได้รับการจำแนกประเภท อยู่ในประเภทผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดตามเกณฑ์การจำแนกประเภทของ กรมสุขภาพจิต (2542) และเป็น ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้เข้าใจ รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง

2. พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง กิริยาอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกและสามารถสังเกตได้ เพื่อเป็นการโต้ตอบหรือตอบสนองอย่างฉับพลัน เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ของ Yudofsky (1986) ที่แปลโดย กชพงศ์ สารการ (2542) ประกอบด้วยการแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าว 4 ด้าน ได้แก่

2.1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านคำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดคำหยาบคาย วิวาทวิวาทณ์ พุดแต่ในแง่ร้าย ส่งเสียงดัง ชู ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พุดโต้ตอบด้วย น้ำเสียงห้วนๆ เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจาหยาบคาย ก้าวร้าว ตะโกนดูค่า คุกคาม ช่มชู้ต่อสิ่งที่ เป็นต้นเหตุ

2.2 พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ การทุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทุบทำลายกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

2.3 พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนอื่น ได้แก่ หาเรื่องวิวาททำร้ายและละเมิด สิทธิผู้อื่นโดยการกัด การตี การเตะ การผลัก ถ่มน้ำลายใส่ และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับ บาดเจ็บ

2.4 พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง ได้แก่ การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีด ข้อมือตนเอง หรือการจุดไฟเผาตนเอง การดิ่งผม การโยกศีรษะตนเองกับพื้น การทิ้งตัวลงพื้นหรือ วิ่งชนสิ่งของอย่างรุนแรง และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3. การใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว หมายถึง การดำเนินกิจกรรม การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายกลุ่มโดยผู้ป่วยได้รับกระบวนการ เรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอนในการควบคุมความโกรธตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับกลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดของ Hamolia (2005)

ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ ประกอบด้วยการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความคิด การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการรู้จักอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ตระหนักถึงผลกระทบจากการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนหรือตัวบ่งชี้ทางกาย

ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการเมื่อเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์โกรธด้วยการฝึกการหายใจ การนับหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะในการจัดการอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสมด้วยการขอตัวออกจากสถานการณ์และการฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก

ขั้นที่ 3 ขันนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์อื่น

กิจกรรมที่ 5 การนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันด้วยการให้ผู้ป่วยระบุถึงสถานการณ์ที่แท้จริงที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธและแสดงบทบาทสมมติในการเผชิญสิ่งที่ทำให้โกรธ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ