

การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล  
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



วิภาดาณ์ จำปา

นางสาววิภาดาณ์ จำปา  
ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.  
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

วิมลรัตน์ พุฒินิซพงษ์

อาจารย์วิมลรัตน์ พุฒินิซพงษ์,  
D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ม.ป.ว. น.อ.

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ.  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ธ.อ. สหะดา

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,  
Ph.D. (Nursing)  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

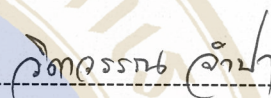
สารนิพนธ์

เรื่อง

การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2552

  
-----

นางสาววิคาวรณ จำปา  
ผู้ศึกษา

  
-----

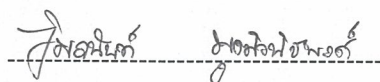
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยูทธิไตร,  
พย.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

  
-----

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,  
พย.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

  
-----

อาจารย์วิมลนันท์ พุฒินิขพงศ์,  
D.N.S.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

  
-----

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,  
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

  
-----

นายธีระ ลีถ่านันทกิจ,  
วว. (จิตเวชศาสตร์)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์

  
-----

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์อังฉราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และอาจารย์วิมลนันท์ พุฒินิซพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา คำชี้แนะ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ เติมเต็มความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ธีระ ลีลานันท์กิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่ได้อำนวยสนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวจำปา และครอบครัวพุดพิงศธร ที่ห่วงใยเป็นกำลังใจ และช่วยเหลือด้วยใจตลอดมา ทำให้ผู้ศึกษาสำเร็จการศึกษาตามเป้าหมาย

วิดาวรรณ จำปา

การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ANGER MANAGEMENT BASED ON COGNITIVE - BEHAVIORAL MODIFICATION IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE-BASED NURSING

วิทยารรณ จำปา 5036763 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ค. วิมลนันท์ พุฒินิซพงษ์, D.S.N.

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย randomized controlled trial 1 เรื่อง controlled trial without randomized 1 เรื่อง case controlled 2 เรื่อง one group pre-post test 1 เรื่อง และบทความจากทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ 1 เรื่อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์สรุปเป็นข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชคดี ทำการบำบัดแบบเป็นกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 8-16 ครั้ง การบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด เป็นการเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความโกรธ 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ เป็นการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ซึ่งได้แก่ ฝึกทักษะการตอบสนองความโกรธด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการผ่อนคลาย เป็นต้น และ 3) ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น เป็นการนำทักษะที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มผ่านการฝึกแสดงบทบาทสมมติไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง แล้วนำประสบการณ์ที่ได้มาทบทวน นอกจากนั้นยังสามารถทำการบำบัดเป็นรายบุคคลได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชคดีที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งการบำบัดต้องใช้เวลายาวนานกว่า

ข้อเสนอแนะที่ได้สามารถลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมรุนแรงและผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และคลินิกที่ให้บริการ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพและนำมาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: ความโกรธ / การจัดการความโกรธ / การปรับการรู้คิดและพฤติกรรม / ผู้ป่วยจิตเวช

**ANGER MANAGEMENT BASED ON COGNITIVE - BEHAVIORAL MODIFICATION  
IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE - BASED NURSING**

WIDAWAN JUMPA 5036763 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN  
SEEHERUNWONG, D.N.S., WIMOLNUN PUTDIVARNICHAPONG, D.N.S.**ABSTRACT**

This study aimed to investigate the method of anger management based on cognitive behavioral modification in patients with mental illness from evidence-based research studies and practice. The investigator sought evidence pertinent to the topic of study from both electronic databases and library materials. Six eligible studies with randomized controlled trials, one controlled trial without randomization, two case controlled studies, one group pre-test/post-test design, and one expert-opinion study were included in this investigation. The investigator analyzed and synthesized these studies, then provided recommendations for anger management based on cognitive-behavioral modification in mentally ill patients. The recommendations can be applied to both psychiatric and forensic patients. In anger management, group therapy is suggested for 8-16 weekly sessions. The group therapy contains three steps. Step 1- Cognitive preparation: Patients are prepared for knowledge and understanding about anger. Step 2- Skill acquisition: Patients are trained in skill acquisition to manage their anger; for example, to respond with appropriate assertion skills and to use relaxation skills. Step 3- Application training: Patients bring the skills gained from group therapy through role play to apply to real situations. They contemplate their experiences from anger management and how to apply them in real situations. Moreover, individual training could be used for forensic patients that take more therapy sessions.

The recommendations gained from the investigation can be applied to reduce anger in patients with mental illness. Consequently, violent behaviors and the impact of these behaviors to patients, families, and communities as well as to clinics providing services to mentally ill patients are reduced. Based on the recommendations for model application, intended model users should conduct a pilot study to evaluate the effectiveness of the model to be used as a guideline for mentally ill patients.

**KEY WORDS: ANGER / ANGER MANAGEMENT / COGNITIVE BEHAVIOR  
MODIFICATION / MENTALLY ILLNESS PATIENTS**

145 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	15
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	15
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	15
<b>บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ</b>	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	17
2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	19
<b>บทที่ 3 ผลการดำเนินการ</b>	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	22
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	25
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	87
3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)	97
<b>บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ</b>	
สรุปผลการศึกษา	108
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	109
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	112
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	125
บรรณานุกรม	139
ประวัติผู้ศึกษา	145

## สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

25



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชและส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อทางคลินิกต่อบุคลากร บรรยากาศในหอผู้ป่วย และโรงพยาบาลโดยภาพรวมคือปัญหาพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงพบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตชนิดอื่นๆ เช่น antisocial personality disorder, borderline personality disorder, conduct disorder, bipolar I disorder, substance-related disorders และ cognitive disorders (Sunderland, 1997; ชีระลีลานันท์ทกิจ, 2541) พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงความก้าวร้าวร่วมกับการทำลายทรัพย์สินและทำร้ายร่างกายผู้อื่น ความรุนแรงมีตั้งแต่ขั้นต่ำ เช่น สีสหน้าบึ้งตึง แวคาไม่เป็นมิตร พูดคำหยาบขู่ ตะคอก ขว้างปาทำลายข้าวของ ไปจนถึงขั้นรุนแรง เช่น ทำลายข้าวของเสียหายมาก ตบตี ชกต่อย ใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากอารมณ์โกรธ ความคับข้องใจ รวมไปถึงต้องการปกปิดความกลัวของตนเอง (ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2545) พฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นที่พบบ่อยคือ เพศชายอายุน้อย มีประวัติดื่มสุรา มีประวัติทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท โรควิถีปฏิบัติระยะเฉียบพลัน หรือบุคลิกภาพผิดปกติต่อต้านสังคม (มิ่งขวัญ สกกุลศรีผ่อง และคณะ, 2542) พฤติกรรมรุนแรงและการคุกคามจากพฤติกรรมรุนแรงถือเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉิน (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงในขณะที่เข้ารับการรักษา หรือระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชถึงร้อยละ 10 ผู้ป่วยเหล่านี้แสดงอาการผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (มิ่งขวัญ สกกุลศรีผ่อง และคณะ, 2542) พฤติกรรมรุนแรงที่พบเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชคือ ด้านคำพูด เช่น การพูดคำหยาบ คำทอ เป็นต้น รองลงมาคือด้านการกระทำ เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และการทำลายสิ่งของ (ชีระ ลีลานันท์ทกิจ, 2541; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) พฤติกรรมรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากร บรรยากาศในหอผู้ป่วยและโรงพยาบาลโดยภาพรวมพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาตามมาคือตัวผู้ป่วยเองได้รับบาดเจ็บ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ผู้ป่วยอื่นอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายและเกิดความหวาดกลัว นอกจากนั้นแล้วยังทำให้ทรัพย์สิน

เสียหาย เช่น ประตู่ หน้าต่าง แก้ว ี เตียงนอน ภาชนะใส่อาหาร และบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงต่างมีความรู้สึกขุ่นเคืองใจ ปวดศีรษะ เครียด รู้สึกโกรธ ซึมเศร้า ซ้อค และรู้สึกอยากออกจากงาน ตลอดจนไม่ยอมกลับมาทำงานอีก (หทัยรัตน์ คิชฐอึ้ง, 2550) นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 10-20 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือทะเลาะวิวาทก่อนเข้ารับการรักษา 2 สัปดาห์ และร้อยละ 3-37 จะทำร้ายผู้ดูแล แพทย์ และพยาบาล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) บุคคลที่ผู้ป่วยทำร้ายเป็นญาติภายในครอบครัวถึงร้อยละ 50 (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2541)

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากความโกรธที่ควบคุมไม่ได้ ความโกรธเป็นสภาวะอารมณ์ตั้งแต่รู้สึกหงุดหงิดระคายเคืองใจเล็กน้อย จนถึงขั้นโกรธอย่างรุนแรง คลุ้มคลั่งเดือดดาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับของฮอร์โมนสารสื่อประสาท epinephrine และ norepinephrine (American Psychological Association, 2005) Cox & Harrison (2008) ได้ให้คำจำกัดความของความโกรธในมิติด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการรู้คิด ดังนี้ 1) มิติด้านอารมณ์ ความโกรธเป็นความรู้สึกทางลบ ส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความบกพร่องของการรู้คิดหรือการรู้คิดที่บิดเบือน และสัมพันธ์กับสรีระทางกายที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ถูกรับรู้ในทางลบ และอาจส่งผลให้เกิดแบบแผนของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Kassinove & Suckhodolsky, 1995) 2) มิติด้านพฤติกรรม พฤติกรรมของความโกรธ ส่วนใหญ่หมายถึง ความก้าวร้าว หรือกลุ่มอาการของพฤติกรรมที่มุ่งทำลายผู้อื่น หรือมุ่งที่จะแก้แค้น ตอบโต้กับการรับรู้ในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง (Williams et al., 1982 cited in Cox & Harrison, 2008) อารมณ์ทางลบทำให้พฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมลดลง และศักยภาพในการแก้ไขปัญหา มีความจำกัด จึงส่งผลให้การแก้ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ และ 3) มิติด้านการรู้คิด หมายถึงการประเมินตัดสินสิ่งต่างๆ ที่ชี้นำการรับรู้ทางอารมณ์ของบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความไม่เป็นมิตร ซึ่งหมายถึงการประเมินตัดสินสถานการณ์ทางลบ และขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำประสบการณ์มาใช้ในการแสดงออกของความโกรธ (Miller et al., 1996; Suls & Bunde, 2005 cited in Cox & Harrison, 2008)

สรุปได้ว่าความโกรธในมิติด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการรู้คิด มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันสูง ความรู้สึกทางลบส่วนบุคคลสัมพันธ์กับความบกพร่องของการรู้คิดที่บิดเบือน ส่งผลให้บุคคลประเมินตัดสินสถานการณ์ทางลบซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำประสบการณ์มาใช้ในการแสดงออกของความโกรธ ทำให้พฤติกรรมการแสดงออกไม่เหมาะสม

ความโกรธมักแสดงออกแตกต่างกันตามประสบการณ์ ลักษณะของความโกรธมี 2 ลักษณะคือ 1) ประสบการณ์ความโกรธ (experience of anger) และ 2) การแสดงความโกรธ

(expression of anger) ซึ่งแสดงออกได้แตกต่างกันดังนี้ (Kassinove & Sukhodolsky; 1995, Spielberger et al., 1995)

1) ประสบการณ์ความโกรธ Spielberger และคณะ (1994) กล่าวว่าความโกรธเป็นภาวะทางอารมณ์ซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่มากระตุ้น บุคลิกภาพ และประสบการณ์เดิมของบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่แตกต่างกันในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกัน (Lazarus, 1991 cited in Spielberger et al., 1994) การประเมินสถานการณ์เฉพาะอย่างของบุคคลจะมีผลต่อปฏิกิริยาของบุคคลกับเหตุการณ์นั้น (Lazarus & Folkman, 1984) Spielberger และคณะ (1995) ได้นิยามเชิงปฏิบัติการเพื่ออำนวยความสะดวกโดยพิจารณาประสบการณ์ความโกรธของบุคคลที่เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะดังนี้คือ 1) ภาวะของความโกรธ (state anger) และ 2) คุณลักษณะของความโกรธ (trait anger) 1) ภาวะของความโกรธ เป็นภาวะทางชีววิทยาและจิตวิทยา ประกอบด้วยความรู้สึภายในจิตใจเมื่อเกิดความโกรธ มีระดับแตกต่างกันตั้งแต่หงุดหงิดเพียงเล็กน้อย จนถึงโกรธอย่างรุนแรงและคลุ้มคลั่ง สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงหรือการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ภาวะความโกรธเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ เช่น อาจเกิดจากสถานการณ์ที่มีความคับข้องใจ ความไม่ยุติธรรม คำสบประมาท เป็นต้น 2) คุณลักษณะของความโกรธ เป็นคุณลักษณะของบุคคล หรือลักษณะประจำตัวของบุคคลที่มีความโกรธง่าย เมื่อบุคคลกระทบกับสิ่งเร้าจะมีแนวโน้มที่จะประเมินตัดสินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นไปในทางลบ และแสดงออกด้วยความโกรธ

2) การแสดงความโกรธ Eckhardt & Deffenbacher (1995) กล่าวถึงการแสดงความโกรธว่าบุคคลจะแสดงความโกรธออกมาในลักษณะต่างกันทั้งในช่วงเวลาและสถานการณ์ บางคนแสดงออกทางลบ เช่น การใช้คำพูดว่าผู้อื่น หรือการใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของหรือทำร้ายตนเอง บางครั้งพฤติกรรมแสดงออกเป็นแบบไม่เปิดเผย แต่ยังคงแสดงออกทางลบ เช่น การไม่พูดจา การพูดจาเสียดสี หรืออาการขุ่นเคืองทางสีหน้าแววตา ในขณะที่บางคนเมื่อเกิดความโกรธแล้วมีแนวโน้มควบคุมหรือเก็บความโกรธไว้ภายใน อาจแสดงความโกรธออกมาเพียงเล็กน้อย แต่จะมีความขุ่นมัวภายในจิตใจและจะแสดงออกทางกายภาพโดยการเจ็บป่วย เช่น ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การแสดงความโกรธเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อภาวะคุกคาม มักแสดงออกแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความโกรธแสดงออกได้ 3 ทางคือ 1) การแสดงความโกรธออกภายนอก (anger out) 2) การเก็บความโกรธไว้ภายใน (anger in) และ 3) การควบคุมความโกรธ (anger control) การแสดงความโกรธออกภายนอก มี 2 ลักษณะคือ 3.1) การแสดงความโกรธออกมาทั้งวาจาและพฤติกรรมต่อบุคคลและทรัพย์สิน ได้แก่ การตะโกนเสียงดัง ตะลุมทำร้าย ทูบทำลาย โจมตีเล่นงานผู้อื่น ฯลฯ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อทรัพย์สินและ

สัมพันธ์ภาพทางสังคม และ 3.2) การแสดงความโกรธออกมาโดยการแสดงข้อคิดเห็น (assertive) การแสดงความรู้สึกด้วยเหตุผล ซึ่งเป็นการแสดงความโกรธที่เหมาะสม การเก็บความโกรธไว้ภายใน เป็นการหยุดคิดเกี่ยวกับความโกรธ และพยายามมองทางบวกเป็นการเก็บกดความโกรธไว้ภายในการรู้สึกและความทรงจำทั้งที่ยังรู้สึกโกรธ โดยทั่วไปเป็นการแสดงความโกรธของเพศหญิง ความโกรธที่เก็บกดไว้ภายในนั้นจะมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย และปัญหาทางจิตตามมาได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น และการควบคุมความโกรธ เป็นการพยายามควบคุมการแสดงออกความโกรธ ไม่เพียงแต่ควบคุมพฤติกรรมภายนอกเท่านั้นแต่ยังควบคุมการตอบสนองภายในจิตใจด้วย โดยการสร้างความสงบภายในจิตใจ เช่น การทำให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยลง สงบลง และการปล่อยความรู้สึกให้บรรเทาลงด้วยการผ่อนคลายอารมณ์และความตึงเครียดด้านร่างกาย การเปิดใจรับฟังผู้อื่น การพยายามไกล่เกลี่ย ประนีประนอม และการแสดงความรู้สึกอย่างเหมาะสม (Spielberger et al., 1994)

ขั้นตอนการเกิดความรู้สึกโกรธมี 2 ขั้นตอนดังนี้ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่มากระตุ้นในทางลบ เช่น การใช้ถ้อยคำหยาบคาย ความโกรธในขั้นตอนนี้เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ว่าการใช้ถ้อยคำหยาบคาย เป็นการดูถูก ไม่ให้เกียรติ หมิ่นศักดิ์ศรี และ 2) การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่รับรู้ในทางลบ บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นทางบวกหรือทางลบ ขึ้นอยู่กับรูปแบบของพฤติกรรมที่เคยใช้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน ขั้นตอนนี้การตอบสนองจะเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตตัวเอง การได้รับแรงเสริม การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้นนั้นมี 2 ลักษณะคือ 1) การตอบสนองทางบวก เป็นการตอบสนองที่ไม่เกิดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งเกิดจากที่บุคคลใช้ทักษะในการตัดสินใจทางบวกที่เคยใช้มาแล้วในอดีต เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การเจรจาตกลง เป็นต้น และ 2) การตอบสนองทางลบ เป็นการตอบสนองในลักษณะโกรธ โดยที่บุคคลมีประสบการณ์ความโกรธที่เรื้อรังและรุนแรงต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยทั่วไป เช่น การด่าทอ การทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งของ เป็นต้น (Kassinove & Eckhardt, 1995; ทศไนย วงศ์สุวรรณ, 2542)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโกรธพบหลายปัจจัยดังนี้

1) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor) เกี่ยวกับระบบรับรู้ความรู้สึกทางร่างกายต่อสิ่งเร้า รวมถึงพันธุกรรมและอารมณ์ จากการศึกษาสมองส่วนควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโกรธดังนี้ 1.1) การเกิดรอยโรคบริเวณสมองส่วน brain stem ทำให้การควบคุมวงจรหลับและตื่นมีความผิดปกติ โดยเฉพาะช่วง rapid eye movement (REM) sleeps ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ มีอาการฝันร้าย ผลมาจากการส่ง aggressive impulse จากสมองส่วน forebrain มากผิดปกติในช่วงเวลานั้น ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท โรคทาง

กายหลายชนิด และโรคทางจิตเวช 1.2) สมองส่วน hypothalamus รอยโรคบริเวณ ventromedial nucleus ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงร่วมกับอาการดังนี้ เช่น รับประทานอาหาร อ้วน ขาดประจำเดือน โรคเบาโรค และมีความผิดปกติของพฤติกรรมในช่วง 2 ปีแรกผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก 1.3) ความผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporolimbic cortex พบในผู้ป่วยโรคลมชักชนิด temporal lobe epilepsy เป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธอย่างรุนแรงและอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 1.4) ความผิดปกติของสมองส่วน prefrontal cortex รอยโรคบริเวณ orbitomedial frontal lobe ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ร่วมกับอาการดังนี้ ไม่มีเหตุผลและอารมณ์หยาบกระด้าง มีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายเป็นพักๆ และขาดการควบคุมอารมณ์ (impulsivity) มีการตอบโต้อย่างรุนแรง เช่น ทำร้ายผู้อื่น แม้ว่าจะมีสาเหตุเพียงเล็กน้อยโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2548)

นอกจากนั้นแล้วยังพบว่ามีการสื่อสารสื่อประสาทหลายตัวที่มีความเกี่ยวข้องกับความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น สารสื่อประสาท serotonin สารสื่อประสาท norepinephrine (NE) สารสื่อประสาท dopamine สารสื่อประสาท gamma-aminobutyric (GABA) และฮอร์โมน testosterone และ androgens ชนิดอื่นๆ ดังนี้เช่น 1) สารสื่อประสาท serotonin พบว่าในกรณีผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและอาชญากรที่มีพฤติกรรมรุนแรง และผู้ป่วยมีบุคลิกภาพชนิด borderline มีระดับปริมาณของ serotonin ในสมองบริเวณ subcortex ลดลง นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าระดับของ serotonin ในน้ำไขสันหลังมีปริมาณลดลงด้วย 2) สารสื่อประสาท norepinephrine มีผลยับยั้งพฤติกรรมรุนแรง เช่น พบในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความผิดปกติในการปรับ norepinephrine ให้อยู่ในภาวะสมดุล 3) สารสื่อประสาท dopamine พบว่าการเพิ่มของ L-dopa ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวอย่างเช่นการใช้ยา dopamine antagonist ในผู้ป่วยจะลดพฤติกรรมรุนแรงได้ 4) สารสื่อประสาท gamma-aminobutyric (GABA) ลดลงจะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และ 5) ฮอร์โมน testosterone และ androgens ชนิดอื่นๆ testosterone เป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น วัยรุ่นชายที่มีระดับ testosterone สูง จะมีความอดทนต่ำและเกิดอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสาเหตุเพียงเล็กน้อยจะตอบโต้ด้วยความรุนแรง ผู้ป่วยที่รับประทาน anabolic steroids จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ ผู้ป่วยชายโรคพิษสุราเรื้อรังและทำร้ายผู้อื่น จะมีระดับ testosterone สูง และระดับ cortisol ต่ำ (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2548) ความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ความโกรธและการควบคุมตนเองไม่ได้เนื่องจากอาการทางจิตเวช เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และอาการจากพิษของแอลกอฮอล์หรือยาอื่นๆ ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น (Fisher, 1994)

2) ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ เช่น การถูกปฏิเสธ การถูกลบหลู่ การถูกข่มขู่ การถูกด่าว่า ประณาม ความไม่ยุติธรรมในการทำงาน การผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวัง ไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ที่คุกคามความรู้สึก และภาพลักษณ์ของตนเองได้ รวมทั้งประสบการณ์ความโกรธในอดีตที่เคยทำให้เกิดความโกรธ (Kassinove & Eckhardt, 1995)

3) ปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม เชื่อว่าความโกรธเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ เป็นพลังงานที่ผลักดันให้บุคคลเรียนรู้สิ่งใหม่ (Bandura, 1973) ความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง อาจเป็นผลจากความผิดปกติของระบบประสาท สารสื่อประสาท ทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการเผชิญความโกรธที่ไม่เหมาะสม และเป็นผลจากสถานการณ์กระตุ้นที่ทำให้เกิดความตึงเครียด ฉัตรชัย มิ่งส่วน (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่วอาจได้ยินเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ฆ่าบุคคลอื่น และอาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรงร่วมกับอาการสับสน

ความโกรธมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความโกรธที่รุนแรงและถูกเก็บไว้ภายในมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ไมเกรน แผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ และโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารี เป็นต้น และยังมีผลต่อสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ความโกรธที่แสดงออกไม่เหมาะสมมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Townsend, 2006) และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรผู้ให้การดูแลในคลินิกที่ให้บริการ ทำให้เกิดการบาดเจ็บและการทำลายในที่สุด

จากสถานการณ์โดยรวมที่กล่าวมาสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชในปี พ.ศ.2550 จำนวน 252 ครั้ง พ.ศ.2551 จำนวน 269 ครั้ง และ พ.ศ.2552 จำนวน 286 ครั้งตามลำดับ (ข้อมูลรายงานประจำปีฝ่ายแผนงานและประเมินผลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) สอดคล้องกับสถานการณ์ในหอผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานเป็นหน่วยงานที่รับการส่งต่อผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงจากแผนกจิตเวชฉุกเฉิน วัันอนพักรักษา อีกทั้งผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษามีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา จากการที่ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกและสังเกตการณ์ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรในหอผู้ป่วย พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่สำคัญดังนี้ ด้านผู้ป่วย พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ อาการทางจิตไม่สงบ ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการเสพสารเสพติด ความคับข้องใจ ความเครียด ความ

วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะหวาดระแวง และความโกรธ ฯลฯ ด้านสิ่งแวดล้อม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ อัตราการครองเตียงสูง ความแออัด กฎระเบียบในการอยู่โรงพยาบาล บรรยากาศที่ไม่สุขสบาย ขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ต้องการ เช่น โทรศัพท์ติดต่อกับญาติ และเพื่อนผู้ป่วยมีการช่วยกันเองเกิดการชกต่อย ตบตี ฯลฯ ด้านบุคลากร พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความหลากหลายของระดับผู้ดูแล พฤติกรรมบริการ และอัตรากำลังไม่เพียงพอ ภาระงาน ความตระหนักรู้และการให้ความสำคัญของการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยหรือการบริหารความเสี่ยง ฯลฯ ข้อมูลดังกล่าวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรชัย มิ่งส่วน (2551) กล่าวว่าไว้ว่าจากการศึกษาปัจจัยกระตุ้นการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรพยาบาลโดยสรุปดังนี้ ด้านสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องของกฎระเบียบ ขาดการมีส่วนร่วมในการรักษา เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น ด้านสภาพแวดล้อมไม่สุขสบาย ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้การรักษา ไม่ได้ได้รับความสนใจจากบุคลากร เป็นต้น ด้านสภาพแวดล้อมที่ขาดความเป็นอิสระ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาลเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพ ต้องอยู่ในบริเวณที่จำกัด และภายในหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน อากาศถ่ายเทไม่สะดวก อุณหภูมิร้อนเกินไป เป็นต้น ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรน้อย มีงานรับผิดชอบมากเกินไป ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลไม่ทั่วถึง เป็นต้น

แนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในหน่วยงาน ปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจ โดยมีแนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการประเมินพฤติกรรมรุนแรง และมีโปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมหลบหนีขณะอยู่ในโรงพยาบาล (SVE precaution) (นพดล วาณิชฤดี และคณะ, 2549) แนวทางการปฏิบัติงานของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (violence) มีดังนี้ 1) แจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาตามความเหมาะสมและเขียนกำกับ “ระวังพฤติกรรมรุนแรง” หรือ “ระวังทำร้ายผู้อื่น” ในใบสั่งการรักษา 2) จัดสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ ให้ลดสิ่งกระตุ้นและมีความปลอดภัย ตรวจสอบและเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจใช้ทำอันตรายต่อผู้อื่นและตนเอง 3) การเฝ้าระวังพิเศษในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้สติ๊กเกอร์สีชมพูติดที่ช่อง V บนป้ายชื่อผู้ป่วย และเวชระเบียน ใช้สัญลักษณ์เตือน “ระวังทำร้ายผู้อื่น” ที่ใบรับส่งเวร

(kardex) มีการรับส่งเวรและมอบหมายงานในแต่ละเวร ประชุมวางแผนก่อนและหลังให้การดูแลช่วยเหลือ (pre-post conference) และการทบทวนการดูแลผู้ป่วยแบบ C3 THER {(ตามรายละเอียด ดังนี้ การดูแล (C: care), การสื่อสาร (C: communication), ความต่อเนื่องของการดูแล (C: continuity), ทีมผู้ดูแล (T: team), ทักษะความรู้ของบุคคล (H: human resource), สิ่งแวดล้อม (E: environment), เครื่องมืออุปกรณ์ (E: equipment) และการบันทึกข้อมูลการดูแล (R: record)} การดูแลครอบคลุมประเด็นดังกล่าว โดยมีการเชื่อมโยงประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากกิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังมีการบำบัดแบบกลุ่ม โปรแกรมบำบัดแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และทักษะการดูแลตนเอง 2) การพัฒนาทักษะทางสังคม 3) การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง 4) การปรับเปลี่ยนความคิดการจัดการความโกรธ และ 5) การพัฒนาทักษะการจัดการความโกรธ กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดและการพัฒนาทักษะการจัดการกับความโกรธประกอบด้วย การเตรียมความคิด การฝึกทักษะใหม่ และการนำทักษะที่ฝึกไปใช้ในสถานการณ์อื่น จากการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น พบว่าความต่อเนื่องของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพฤติกรรมรุนแรง และระดับความรุนแรงจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง (ระดับความรุนแรงใช้เกณฑ์การประเมิน 9 ระดับ มีตั้งแต่ระดับน้อยถึงมากคือ A-I ระดับที่บันทึกจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงคือระดับ D-I เช่น ระดับ D คืออุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่เป็นอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อองค์กรแต่ต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม และระดับ I คือมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ) จะเห็นได้ว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความถี่ของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงยังมีจำนวนมากขึ้นโดยภาพรวม และยังมีผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นๆ เช่น antisocial personality disorder, borderline personality disorder, conduct disorder, bipolar I disorder, substance-related disorders และ cognitive disorders ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอีก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับความโกรธที่สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดความโกรธ Glancy & Saini (2005) พบการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีหลายรูปแบบ ดังนี้

### **Psycho educational therapy**

หลักการสำคัญของ psycho-educational therapy คือการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมความรุนแรง และทำให้เข้าใจผลกระทบของความรุนแรงต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Stordeur & Stille, 1989 cited in Glancy & Saini, 2005) ผลการศึกษาพบว่า psycho educational therapy ที่จัดการบำบัดในรูปแบบของ psycho educational therapy group treatment programs ให้ความโกรธลดลง ความไม่เป็นมิตรลดลง และความซึมเศร้าลดลง ประสิทธิภาพของบุคคลในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, & Gallagher-Thompson, 2003 cited in Glancy & Saini, 2005; Taylor, Davis, & Maxwell, 2001 cited in Glancy & Saini, 2005)

### **Psychodynamic therapy**

การบำบัดแบบ psychodynamic therapy เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการเพิ่มความสามารถทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อการตอบสนองต่อความรู้สึกโกรธ (Lanza et al., 2002 cited in Glancy & Saini, 2005) ในการบำบัดจะพิจารณา psychodynamic anger ของผู้ป่วยว่าเป็นส่วนหนึ่งของแรงขับเคลื่อนความก้าวร้าว อารมณ์โกรธที่แสดงออกมานั้นนำไปสู่การระบายออกซึ่งจะสามารถทำให้ความโกรธลดลงได้อย่างมาก ดังนั้นผู้บำบัดจะใช้เทคนิคที่หลากหลายของ psychodynamic therapy ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้หรือเปลี่ยนความขัดแย้งที่อยู่ในจิตใจได้สำนึกให้อยู่ในระดับจิตสำนึก ซึ่งเป็นการจัดการกับสาเหตุ ผลการบำบัดแบบ psychodynamic สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญ

### **Behavioral therapy**

เป็นการบำบัดที่ฝึกทักษะการผ่อนคลาย (relaxation coping skills) และฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) การบำบัดที่ฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น ทักษะการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย พบว่ามีประสิทธิภาพลดความโกรธทั่วไป และความโกรธที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ ที่มากระตุ้น (Deffenbacher & Stark, 1992 cited in Glancy & Saini, 2005) การบำบัดที่ฝึกทักษะทางสังคม เป็นการฝึกทักษะผู้ป่วยเรื่องของการแสดงออกเมื่อเกิดอารมณ์โกรธ โดยเน้นทักษะการสื่อสาร ทักษะการฟัง และการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์ ผลการบำบัดพบว่าการควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้น การเก็บความโกรธไว้ภายใน การแสดงความโกรธออกภายนอก และภาวะของความโกรธลดลง และมีการตอบสนองสถานการณ์กระตุ้นความโกรธอย่างสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น (Deffenbacher et al., 1996 cited in Glancy & Saini, 2005)

### Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มีพื้นฐานจากแนวคิดที่ว่าวิธีการแปลความหมาย (interpret) เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล มีผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์นั้น Beck (1995) เน้นให้เห็นถึงความความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับการจัดการกับอารมณ์ โกรธว่าการรู้คิดทางลบอาจทำให้เกิดการแปลข้อมูลผิดพลาด ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปประโยค เช่น “คุณใหญ่มาจากไหน” “ฉันจะแสดงให้เห็นเอง” “ฉันจะไม่มีวันยอมให้คุณแย่งสิ่งที่คุณจะเป็นของฉันไป” การรู้คิดเหล่านี้เหมือนเชื้อเพลิงที่ราดเข้าไปในสถานการณ์กระตุ้นความโกรธ การทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดต่อสถานการณ์ทางลบนั้น ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความคิดที่ตอบสนองต่อสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความโกรธ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธได้

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาแบบใหม่ มีหลักการ 3 ประการคือ 1) การรู้คิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การรู้คิดเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้ โดยการเปลี่ยนการรู้คิด มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การหาการคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความโกรธ 2) การทดสอบว่าการคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ 3) การทดแทนด้วยวิธีคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความจริง และ 4) การค้นหาและทำลายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม

การบำบัดแบบ cognitive-behavioral therapy มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง และมีงานวิจัยที่สนับสนุนทั้งในบุคคลทั่วไปที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและในผู้ป่วยจิตเวช เป้าหมายเพื่อจำแนกและปรับการรับรู้ พฤติกรรม และการตอบสนองทางร่างกายต่อการรับรู้สิ่งที่มีกระตุ้นความโกรธ ผ่านเทคนิคการบำบัดรูปแบบต่างๆ ในการจัดการความโกรธ และการฝึกทักษะในการตอบสนองสิ่งกระตุ้นความโกรธได้เหมาะสมมากขึ้น (Glancy & Saini, 2005)

Glancy & Saini (2005) ทบทวนการบำบัดความโกรธและความก้าวร้าวด้วย CBT พบว่าการบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิผลในการลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากความโกรธในกลุ่มเยาวชน เช่น วัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น วัยรุ่นแอฟริกันอเมริกันที่ถูกล่วงละเมิด นักศึกษาระดับปริญญาตรี รวมทั้งยังพบว่าสามารถใช้บำบัดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น พ่อแม่ ครู อาจารย์ที่มีอารมณ์โกรธ ผู้หญิงและผู้ชายที่ทุพตีสู้คนอื่น คนขับรถที่ก้าวร้าว ทหารผ่านศึกเวียดนาม และใช้บำบัดในผู้ที่ต้องคดี เช่น นักโทษชายที่ถูกคุมขังและมีพฤติกรรมรุนแรง เยาวชนชายที่ถูกคุมขัง ผู้ป่วยคดี นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าใช้บำบัดในผู้ป่วยทางจิต เช่น ผู้ป่วยจิตเวช (mental health patients) ผู้ป่วยจิตเภท (patients with schizophrenia) ผู้ป่วยบกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ (intellectual disabilities/ learning disabilities) ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาด้วยปัญหาความโกรธ (patients

referred due to anger problems) ผลการบำบัดแบบ CBT ในกลุ่มบุคคลดังกล่าวมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ดังนี้

จุดแข็งของการบำบัดแบบ CBT ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากความโกรธที่มีความหลากหลายดังกล่าว ผลปรากฏว่าสามารถลดความโกรธระดับปานกลาง ผลของการบำบัดมีประสิทธิภาพระหว่าง Session ที่ 6 และ 8 การบำบัดแบบ CBT มีความคุ้มค่ากว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดอื่นที่ทำมา เช่น เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดประมาณ 1 ปี ในกลุ่มชายที่มีพฤติกรรมทุพบุคลิก พบว่า 85 % ยังคงสามารถยับยั้งการแสดงความรุนแรงทางกายได้ นอกจากนี้แล้วความร่วมมือของผู้เข้าร่วมบำบัดเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ที่สำคัญ เช่น การบำบัดในกลุ่มทหารผ่านศึก ผลการติดตามหลังการบำบัดคงไว้ซึ่งประสิทธิผลนานถึง 18 เดือน

จุดอ่อนของการบำบัดแบบ CBT พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และมีความเฉพาะเกินไป เช่น เมื่อดำเนินการในกลุ่มที่ถูกคุมขัง การศึกษาไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในสถาบันกับความรุนแรงในชุมชน และการบำบัดสามารถนำไปใช้ต่อในชุมชนเมื่อผู้ต้องขังถูกปล่อยออกไปแล้วได้ การบำบัดในเยาวชนผู้ต้องขังไม่สามารถลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าลงได้ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดแบบ CBT จะต้องไม่ซับซ้อนและต้องสอดคล้องกับระดับความยุ่งยากในแต่ละ sessions

จากการจัดการอารมณ์โกรธตามแนวคิด CBT โดย Novaco กล่าวว่าความรู้คิดมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การเปลี่ยนการรู้คิดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ กระบวนการคือการจัดองค์ประกอบทางการรู้คิดและพฤติกรรม จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนเป็นที่ยอมรับได้ การจัดการความโกรธตามแนวคิด CBT ซึ่ง Novaco นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสามารถควบคุมความโกรธได้ดีขึ้น การแสดงความโกรธลดลง การเก็บความโกรธไว้ภายในและการแสดงความโกรธภายนอกลดลง รวมทั้งการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงด้วย โดยรูปแบบของการบำบัดเพื่อจัดการอารมณ์โกรธประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Novaco, 1975; ทศไพบย วงศ์สุวรรณ, 2542) ดังนี้

1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (cognitive preparing) เป็นการสอนเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิด (cognitive) ปฏิบัติทางกาย (physiological) และลักษณะทางพฤติกรรม (behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสถานการณ์ที่มักกระตุ้นให้เกิดและผลกระทบของความโกรธ ระยะนี้บุคคลจะถูกสนับสนุนให้คิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง พยายามแยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่มักกระตุ้นให้เกิดความโกรธ และลักษณะการตอบสนองความโกรธที่ผ่านมา และสนับสนุนให้บุคคลทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของการรู้คิด ทำทนายด้วยการรู้คิดที่มีเหตุผล และ

สร้างสมมติฐานใหม่ที่สร้างสรรค์ เช่น การแปลการกระทำของผู้อื่นใหม่โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์เพื่อให้คิด ระวัง และยับยั้งปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของตนเอง เช่น บุคคลจำได้ว่า การพูดเข้าหยา ล้อเลียน จากบุคคลอื่นนำมาสู่การกระตุ้นทางกาย และไปสู่การระเบิดของพฤติกรรมรุนแรง บุคคลจึงต้องพยายามหยุดยั้งปฏิกิริยาทางกายนั้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น

2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ (skill acquisition) ฝึกเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อการตอบสนองสถานการณ์ที่มากกระตุ้น โดยใช้ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหา เน้นการฝึกตนเอง ขั้นตอนนี้บุคคลได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่ทำให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ ในรูปแบบการฝึกทักษะการรู้คิดและพฤติกรรม โดยใช้การฝึกซ้อม เช่น ให้พูดคำว่า “หยุด” เมื่อการรู้คิดด้านลบปรากฏขึ้น การพูดกับตนเอง เช่น “ฉันสามารถจัดการกับสถานการณ์นี้ด้วยวิธีการที่ได้ผล มากกว่าการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมเหมือนที่เคยผ่านมา ” การฝึกทักษะและพฤติกรรมต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การพูดข้อเท็จจริง ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร รวมถึงการแก้ปัญหา เช่น การฝึกการผ่อนคลายช่วยให้ลดความตึงเครียดและช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และการฝึกพูดเพื่อแสดงความรู้สึก (assertive) เป็นการยอมรับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นแต่ยืนยันความต้องการของตนเองที่ถูกต้องตามสมควร ทำให้บุคคลได้ตอบสนองความต้องการโดยไม่ใช้ความรุนแรง

3) ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (application training) โดยการใช้จินตนาการ (imagine) การแสดงบทบาทสมมติ (role play) และการมอบหมายการบ้าน จากสถานการณ์จริงในขณะนี้บุคคลจะได้มีโอกาสในการนำทักษะการจัดการความโกรธของตนเองมาประยุกต์ใช้โดยการแสดงบทบาทสมมติกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละคนเป็นตัวอย่าง เริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยไปจนถึงสถานการณ์ที่ยากขึ้น ด้วยการฝึกจากผู้สอนตั้งแต่ต้นจนจบ จนบุคคลสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะภายในกลุ่มได้ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้นำแนวคิดการบำบัดแบบ CBT ไปใช้ในการจัดการความโกรธในบุคคลกลุ่มต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยที่นำการบำบัดแบบ CBT ไปใช้ในบุคคลทั่วไปในการลดความโกรธ ได้แก่ นักเรียนที่มีการแสดงออกความโกรธที่ไม่เหมาะสม ผลรายงานว่านักเรียนมีการแสดงออกความโกรธที่เหมาะสมขึ้น อย่างไรก็ตามผลดังกล่าวบ่งชี้ว่า โปรแกรม cognitive behavioral intervention จำนวน 8 สัปดาห์พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดการแสดงออกความโกรธออกภายนอกมากกว่าลดการเก็บความโกรธไว้ภายใน (Dykeman, 2000 cited in Glancy & Saini, 2005) ประสิทธิภาพของ cognitive behavioral intervention ในกลุ่มคนขับรถที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวพิสูจน์ได้ว่า การลงโทษเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้นิสัยการขับรถดีขึ้นได้ ผลการ

บำบัดพบว่าความโกรธในการขับรถลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความโกรธที่แสดงออกด้วยท่าทีก้าวร้าว ความโกรธที่ตอบสนองต่อการขับรถผิดกฎหมาย และความโกรธที่ทำให้การจราจรติดขัดลดลง (Galovski & Blanchard, 2002 cited in Glancy & Saini, 2005) ในการบำบัด CBT และ relaxation training ในผู้ขับรถที่มีความโกรธระดับสูงจำนวน 55 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมชอบเสี่ยง ลดลงและคุณลักษณะของความโกรธ (trait anger) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าการปรับตัวและการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Deffenbacher et al., 2002 cited in Glancy & Saini, 2005) ในการติดตามผลโปรแกรมบำบัดในผู้ต้องขังหญิง 18 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าการควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Chemtob, Novaco, Hamada, & Gross, 1997 cited in Glancy & Saini, 2005) และในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ต้องขังแคนาดา พบว่าโปรแกรมบำบัดมีผลในการลดการกระทำผิดซ้ำในกลุ่มผู้กระทำผิดที่มีความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงสูง ในช่วงเวลาติดตามผลนานถึง 3 ปี (Dowden, Blanchette, & Serin, 1999 cited in Glancy & Saini, 2005) และมีการศึกษาในทหารผ่านศึกที่มีโรคเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ posttraumatic stress disorder (PTSD) จำนวน 51 คน พบว่าทหารผ่านศึกที่เข้ากลุ่มบำบัดกลุ่มละ 6-12 คน ระยะเวลาการบำบัด 8 สัปดาห์ พบว่าผู้เข้าร่วมบำบัด 20 ใน 38 คน มีคะแนนเฉลี่ยความโกรธดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง (Gerlock, 1994 cited in Glancy & Saini, 2005) และการบำบัดในทหารผ่านศึกเวียดนามที่มี severe chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) มีความโกรธระดับสูง พบว่าการติดตามผลหลังการบำบัด 15 เดือน ผู้เข้าร่วมมี trait anger และความรุนแรงของความโกรธลดลง (Deffenbacher, Dahlen et al., 2000 cited in Glancy & Saini, 2005) นอกจากนั้นแล้วพบว่ามีการวิจัยที่ใช้การบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยโรคทางกาย เช่น การบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 13 คน ระยะเวลาบำบัดทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีการบำบัดด้วยการแสดงบทบาทสมมติ (role-play) การฝึกการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนตนเอง และสร้างความมั่นใจ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีทักษะการสร้างความมั่นใจมากขึ้นและความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Larkin & Zayfert, 1996 cited in Glancy & Saini, 2005) นอกจากนั้นแล้วยังมีการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้จำนวน 14 ราย มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การบำบัดประกอบด้วย การทำกลุ่ม 9 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมการระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ และให้ทำการบ้าน หัวข้อที่ใช้ในการบำบัด ประกอบด้วย เหตุการณ์กระตุ้นความโกรธ องค์ประกอบทางร่างกายและพฤติกรรมของความโกรธ วิธีการทางพฤติกรรม และการรู้คิดเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดความโกรธ การจัดการกับความโกรธในสถานการณ์กระตุ้น และการแสดงความโกรธด้วยวิธีที่ยอมรับได้ (assertiveness) ผลรายงานว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ทั้ง

ในการประเมินตนเองและจากผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการบำบัด การแสดงความโกรธลดลง (Paul, Jessica, Rachel, & Gill, 2002) ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย การศึกษานี้ใช้รูปแบบของ ABA single case study โดยการประเมินระดับของความโกรธ สัปดาห์ละครั้ง ก่อนบำบัด ระหว่างบำบัด และหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าความโกรธลดลง และการควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้น เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ Novaco Anger Scale, Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory และ Modified Overt Aggression Scale (Burns, Bird, Leach, & Higgins, 2003) ผู้ป่วย Personality disorders เพศชาย 8 คน มีพฤติกรรมก้าวร้าว การศึกษานี้ทบทวนพัฒนาการและการ implement โปรแกรมการจัดการกับความโกรธซึ่งออกแบบเฉพาะกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในสถานที่ที่มีการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 36 สัปดาห์ การออกแบบโปรแกรมนับว่าประสบความสำเร็จเนื่องจากมีอัตราการ dropout ต่ำ ผู้ป่วยได้รับการประเมินในเรื่องความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์การโกรธ เมื่อมีการประเมินซ้ำพบว่าการเปลี่ยนแปลงในทางบวกทั้งระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมและระยะติดตามผล มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์การโกรธทั้งในระหว่างโปรแกรมและระยะติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (Jones & Hollin, 2004) นอกจากนั้นแล้วพบว่าการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการประเมินผล The anger control program ต่อการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยทั้งหมด 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุด sessions ที่ 5 และ 10 และ 2 สัปดาห์หลังจาก session ที่ 10 (ซึ่งเป็น session สุดท้าย) ผลพบว่าโปรแกรมบำบัดสามารถลดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มความสามารถในการควบคุมความโกรธ (Chan, Lu, Tseng, & Chou, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการใช้โปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท ผลพบว่าการควบคุมความโกรธ (anger control) เพิ่มขึ้น การแสดงความโกรธ (anger expression) ลดลง (สิรินภา จาคีเสถียร, 2547)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง จึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจะได้นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป และเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับความโกรธของตนเองและมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม ลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดการความโกรธของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของหน่วยงาน

## ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลคือปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากความโกรธที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยจิตเวชมีอารมณ์โกรธได้ง่าย โกรธรุนแรง และไม่สามารถจัดการความโกรธได้นั้น จะนำไปสู่การสูญเสียได้อย่างมหาศาล ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคลากรบรรยากาศในหอผู้ป่วยและโรงพยาบาลโดยภาพรวม ซึ่งการบำบัดการจัดการความโกรธสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสมและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ ช่วยลดผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากความโกรธได้ตั้งแต่แรกเริ่ม มีความคุ้มค้ำคุ้มทุนเป็นอย่างยิ่ง แนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจ โดยมีแนวทางดูแลช่วยเหลือหลายด้านด้วยกัน จากการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือ พบว่าประสิทธิภาพการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงมีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจำนวนครั้งของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยภาพรวม นอกจากผู้ป่วยจิตเภทซึ่งหน่วยงานให้ความสำคัญในการบำบัดความโกรธแล้วยังมีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอีก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธที่สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดแบบ CBT สามารถจัดการความโกรธในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นอย่างไร เพื่อจะได้นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชจากหลักฐานเชิงประจักษ์

## ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช

2. พยาบาลมีแนวทางในการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด

3. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สามารถนำผลการศึกษารูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



## บทที่ 2

### วิธีการดำเนินการ

การศึกษารูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาดำเนินการ ดังนี้ 1) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้ กรอบ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นแนวทางในการสืบค้น และใช้คำสำคัญในการสืบค้น 2) กำหนดขอบเขตที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ 3) วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการสกัดและวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง มีประเด็นสำคัญประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย ประชากร สถานที่ เครื่องมือ/การประเมินผล วิธีดำเนินการ ผลการศึกษาที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก และใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2006) เพื่อประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ 3.1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 3.2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และ 3.3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และ 4) ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ของ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) โดยมีรายละเอียดการแบ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ หลังจากนั้นสังเคราะห์เนื้อหาสำคัญที่ได้ทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) ในการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชด้วยการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบ PICO (PICO Frame work) (Craig & Smyth, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**(P): Population:** people with mentally illness, psychiatric patients

**(I): Intervention:** anger management program, anger control program, CBT

**(C): Comparison intervention:** none

**(O): Outcome:** reducing anger, anger control

**คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้**

anger management, anger control, reduce anger, cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral modification, anger management intervention, psychological treatment, reduce anger intervention, mentally illness, psychiatric patients, people with mental disorders, people with schizophrenia, people with mood disorders

**ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์**

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต) ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งจากแหล่งสืบค้นข้อมูลต่างๆ ดังนี้

**1) จากฐานข้อมูล Electronic**

- 1.1) ฐานข้อมูลรวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov), [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).
- 1.2) ฐานข้อมูลรวบรวม systematic review ได้แก่ [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org), [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au).
- 1.3) ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID, SCIENCE DIRECT, Blackwell Synergy, Springer Link และ MEDLIN

**2) Hand search**

- 2.1) Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, American Journal of Nursing Psychiatric, British Journal of Psychiatry, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
- 2.2) เอกสารอ้างอิงจากบทความ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย

**กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้**

- 1) คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ
- 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึง ปีปัจจุบัน (ค.ศ.2009)

3) คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย เลือกงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรค schizophrenia, mood disorders, personality disorders, learning disabilities และโรคจิตเวชทั่วไป

## 2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

### 2.2.1 การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

จากการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสกัดวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง มีประเด็นสำคัญประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ทู่นสนับสนุน สมมุติฐานงานวิจัย สถานที่ในการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ การบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก และใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2006) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) โดยพิจารณาจาก งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก

2) การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจาก แหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทู่นสนับสนุน และคุณภาพงานวิจัย เช่น ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการวิจัย ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎี วัตถุประสงค์การวิจัยหรือสมมุติฐาน การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ การใช้แบบวัดประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และการวัดผลลัพธ์ ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ

3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) หมายถึง การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอแนะที่ได้ว่ามีความเหมาะสมกับ

หน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประชญาในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้จริง

3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรที่เกี่ยวพัน และบุคลากรภายในหน่วยงานมีความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานนั้น จำเป็นต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ข้อเสนอแนะนั้น ต้องมีการประเมินว่าข้อเสนอแนะนั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ โดยประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอแนะไปใช้ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำข้อเสนอแนะนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กร โดยรวมว่าส่งเสริมการนำข้อเสนอแนะไปใช้อย่างไร และหากมีการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะเกิดความขัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่

นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ตามข้อเสนอแนะต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยการฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาฝึก มีความยากลำบากหรือความเป็นไปได้น้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) หมายถึง การนำข้อเสนอแนะไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น หากนำข้อเสนอแนะไปใช้จะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่าย เช่น ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เป็นต้น จากการที่นำข้อเสนอแนะไปใช้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินได้ว่าหากไม่ใช้ข้อเสนอแนะนั้นจะเกิดการสูญเสียโอกาสอย่างไรได้บ้าง

เป็นการประเมินคุณภาพในการนำข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ไปใช้ว่ามีความเหมาะสมกับบริบทที่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานตรงตามประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ (recommendations) ในการจัดการความโกรธตามแนวคิด

การปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช นำไปใช้เป็นแนวทางการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการสกัดงานวิจัยได้ยืนยันความถูกต้องจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษา

### 2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ของ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) ตามรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

**ระดับ 1:** หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials, RCTs) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น (RCTs)

**ระดับ 2:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials, RCTs) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง

**ระดับ 3:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (well-designed trials) แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomization)

**ระดับ 4:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

**ระดับ 5:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากกรทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยเชิงพรรณนา/ บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

**ระดับ 6:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา/ บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

**ระดับ 7:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากความคิดเห็น ทศนะของผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/ หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

### บทที่ 3 ผลการดำเนินการ

#### 3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6 เรื่อง จากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

Data based	Key word	จำนวนเอกสารที่สืบค้นได้ / จำนวนเอกสารที่นำมาใช้
CINAHL	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	9/0
	psychiatric patients, anger control program, reducing anger, CBT anger management	3/1
	mental disorders, anger management program, reducing anger	10/0
Ovid	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	32/1
	psychiatric patients, anger control program, reducing anger, CBT anger management	6/0
	mental disorders, anger management program, reducing anger	7/0
MEDLIN	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	8/0
	psychiatric patients, anger control program, reducing anger, CBT anger management	9/0
	mental disorders, anger management program, reducing anger	16/0

Full text = 1

↓

Full text = 1

↓

Full text = 0

↓

Data based	Key word	จำนวนเอกสารที่สืบค้นได้ / จำนวนเอกสารที่นำมาใช้	
Pubmed	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	53/1	Full text = 1
	psychiatric patients, anger management intervention, reducing anger, CBT anger management	11/0	
	mental disorders, anger management program, reducing anger	17/0	
Blackwell	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	34/1	Full text = 1
	psychiatric patients, anger management intervention, reducing anger, CBT anger management	38/0	
	mental disorders, anger management program, reducing anger	15/0	
Science direct	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	150/1	Full text = 1
	psychiatric patients, reduce anger intervention, reducing anger, CBT anger management	125/0	
	mental disorders, anger management program, reducing anger	134/0	
Cochrane	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	5/0	Full text = 0
	psychiatric patients, reduce anger intervention, reducing anger, CBT anger management	0/0	
	mental disorders, anger management program, reducing anger	0/0	
www.joann abriggs.edu	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	0/0	Full text = 0
	psychiatric patients, psychological treatment, reducing anger, CBT anger management	0/0	
	mental disorders, anger management program, reducing anger	0/0	
Springer Link	mental illness, anger management program, cognitive behavioral modification, reducing anger	126/1	Full text = 1
	psychiatric patients, psychological treatment, reducing anger, CBT anger management	56/0	
	mental disorders, anger management program, reducing anger	68/0	
			Total 6

ผลการสืบค้นด้วยมือจาก Journal ที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และเอกสารอ้างอิงจากบทความ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุด พบงานวิจัยที่เข้ากับการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

**ตาราง 1** งานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล ที่กำหนดความเข้มแข็งและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมด 6 เรื่อง ดังนี้

อันดับ	ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย / วารสาร	ระดับงานวิจัย
1.	Effectiveness of the anger control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. / Chan, H.-Y., Lu, R.-B., Tseng, C.-L., & Chou, K.-R. / Archives of Psychiatric Nursing, 17 (2), 88-95. (2003).	ระดับ 3
2.	Anger management: A holistic approach. / Dunbar, B. / Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 10 (1), 16-23. (2004).	ระดับ 7
3.	Managing problematic anger: The development of a treatment program for personality disordered patients in high security. / Jones, D., & Hollin, C. R. / International Association of Forensic Mental Health Services, 3 (2), 197-210. (2004).	ระดับ 4
4.	ผลของการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ ต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. / สิริรณา จาติเสถียร. / โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2547)	ระดับ 6
5.	A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. / Paul, W., Jessica, J., Rachel, T., & Gill, G. / Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15, 224-235. (2002).	ระดับ 2
6.	Anger management training: the effects of a structured programme on the self-reported anger experience of forensic inpatients with learning disability. / Burns, M., Bird, D., Leach, C., & Higgins, K. / Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 569-577. (2003).	ระดับ 4

### 3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาศึกษาเนื้อหาสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ และการสรุปเพื่อนำไปใช้ ทั้ง 6 เรื่อง ลงในตารางดังต่อไปนี้

#### เรื่องที่ 1

##### ชื่อเรื่อง

**Effectiveness of the anger-control program in reduce anger expression in patients with schizophrenia.**

##### ผู้แต่ง

**Chan, H.-Y., Lu, R.-B., Tseng, C.-L., & Chou, K.-R.**

##### แหล่งที่พิมพ์

**Archives of Psychiatric Nursing, Volume 17 (2), 88-95. (2003).**

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิภาพผลของ Anger control program ต่อพฤติกรรม การแสดงอารมณ์โกรธของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ทุน	ไม่ระบุทุน
สมมติฐานงานวิจัย	ความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการปรับ การรู้คิดและพฤติกรรม
Setting งานวิจัย	สถานบริการทางการแพทย์ center day care wards ตั้งอยู่ทางตอนเหนือ ของประเทศไต้หวัน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p><b>ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง</b></p> <p><b>เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ 2 ท่าน ตาม Criteria Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV) จาก Medical center day care ward ทางภาคเหนือ ของไต้หวัน</li> <li>2) อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 30-40 ปี</li> <li>3) คะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ระหว่าง 6-7</li> </ol> <p><b>เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม หรือการบำบัด รายบุคคล เกี่ยวกับการจัดการทางอารมณ์</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</b></p>	<p>2) ไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจแบบสอบถามเนื่องจากสาเหตุทางกายหรือสติปัญญาบกพร่อง</p> <p>คัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากการจับคู่โดยอิงเพศเป็นพื้นฐาน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 43 คน</p> <p>งานวิจัยผ่านการอนุญาตจากโรงพยาบาลให้ทำการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทีละคน อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ความสำคัญเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่จะขอออกจากกรวิจัยได้โดยจะไม่มีผลใดๆ ตามมา การเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดจะมีการลงนามไว้เป็นสำคัญ ผู้ป่วยที่ถูกคัดเข้าโปรแกรมบำบัดแล้วจะได้รับรายละเอียดกำหนดการโปรแกรมบำบัด และเป้าหมาย ตลอดจนลักษณะของกลุ่ม และการดำเนินกลุ่ม เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านจริยธรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการให้คำปรึกษารายบุคคลแทน</p>
<p><b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</b></p>	<p><b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่</b></p> <p>1) ตารางลักษณะทั่วไปของประชากร 2) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 3) แบบวัดพฤติกรรมบิดเบือน (Irrational Behavior Scale) และ 4) แบบวัดการแสดงความโกรธ (Anger Expression Inventory) มีรายละเอียด ดังนี้คือ</p> <p><b>1) ตารางลักษณะทั่วไปของประชากร</b></p> <p>ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา การใช้ยารักษาโรค จิต อายุที่เริ่มป่วย และระยะเวลาการเจ็บป่วย</p> <p><b>2) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</b></p> <p>แบบวัดอาการรุนแรงทางจิต ใช้ประเมิน 5 ปัจจัย ได้แก่ ความซึมเศร้า-วิตกกังวล (depression-anxiety) ความคิดสับสน(confused thinking) กระบวนการรับรู้เชิงช้าและแปลกแยก (withdrawal-sluggish cognitive processing) ความไม่เป็นมิตรและหวาดระแวง (hostility-doubtfulness) และมีความเครียด-พุ้งพ่วน (strain-agitation)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</b>	<p>การให้คะแนนทุกข้อคำถามของ BPRS มีตั้งแต่ 0 ถึง 6 เป็นหนึ่งในหลายเครื่องมือวัดทางคลินิกในการประเมินพยาธิสภาพทางจิต</p> <p><b>3) The Irrational Behavior Scale</b></p> <p>แบบวัดพฤติกรรมบิดเบือนของบุคคล ตอบแบบ Likert scale 5 จุด คะแนน ประกอบด้วย 69 คำถาม ตัวอย่างเช่น ความคิดที่น่าด้วย “ฉันควรจะ” “ฉันต้อง” และ “โดยภาพรวมแล้ว” ซึ่งมีนัยของความคาดหวังในตนเองมากเกินไป คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมบิดเบือนมาก</p> <p><b>4) The Anger Expression Inventory of The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)</b></p> <p>แบบวัดการแสดงอารมณ์โกรธ ตอบแบบ Likert scale แบบ 4 จุด คะแนน ประกอบด้วย 24 คำถาม เลือกตอบตามความรู้สึก ได้แก่ 1 หมายถึง “ไม่ค่อยมี” 2 หมายถึง “บางครั้ง” 3 หมายถึง “บ่อยครั้ง” และ 4 หมายถึง “ประจำ”</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>เก็บรวบรวมข้อมูลใน 1 สัปดาห์ก่อน session แรกจะเริ่มขึ้น เมื่อถึง session ที่ห้า session ที่สิบ (สุดท้าย) และ 2 สัปดาห์หลัง session สุดท้าย สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนา, <math>\chi^2</math> test, <math>t</math> test, และ Generalized estimating equation (GEE)</p>
<b>การบำบัด (Intervention)</b>	<p>โปรแกรมบำบัด The anger control group มีโครงสร้างแบบกลุ่ม ใช้แบบแผนการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) เป็นหลักในการจัดการรับรู้คิด และฝึกการแนะนำตนเอง การผ่อนคลาย ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหาและอื่นๆ กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงความเข้าใจในความโกรธของตนเอง และการรับมือกับความโกรธ (Novaco, 1975)</p> <p>ก่อนบำบัดทุกครั้งผู้นำกลุ่มจะต้องเตรียมแผนงานกลุ่ม มีการสรุปและนำมาหารือกันเพื่อให้ชัดเจนในวัตถุประสงค์ และกระบวนการของกลุ่มร่วมกับผู้สังเกตการณ์ โปรแกรมกลุ่มจะพบกัน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย	Controlled trials without randomization
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 3
ผลการวิจัย	<p>จำนวนเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยม ไม่มีศาสนาหรือถ้ามีก็นับถือศาสนาพุทธ สัดส่วนที่ใช้ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (เช่น sulpiride, haloperidol, trifluoperazine, และอื่นๆ) มีสูงกว่าการใช้ risperidone อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มคือ 35 ปี; อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยคือ 21 ปี; ระยะเวลาการป่วยโดยเฉลี่ยคือ 12 ถึง 14 ปี; คะแนนเฉลี่ย BPRS อยู่ระหว่าง 6 และ 7; และคะแนนของ irrational belief เท่ากับ 187-190</p> <p>ความแตกต่างของกลุ่ม ทดสอบโดยใช้ <math>\chi^2</math> test และ <math>t</math> test ในทุกๆ items ประกอบด้วยเพศ (<math>\chi^2 = 0.28, P = .38</math>), อายุ (<math>t = .08, P = .19</math>) อายุที่เริ่มป่วย (<math>t = .38, P = .70</math>) ความรุนแรงของโรค (<math>t = 1.56, P = .12</math>) และ irrational belief (<math>t = .38, P = .71</math>) ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p><b>การแสดงอารมณ์โกรธ (Anger expression)</b></p> <p>คะแนนเฉลี่ยของ anger expression score ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนบำบัดคือ 30.20 (SD = 10.35) และ 32.28 (SD = 10.56) ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (<math>t = .87, P = .39</math>) เมื่อผ่านไป 5 session คะแนนความโกรธของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 29.61 (SD = 9.1) และ 30.76 (SD = 10.47) ตามลำดับ และเมื่อวัดความโกรธทันทีที่จบ session สุดท้ายกับอีก 2 สัปดาห์ จากนั้นพบว่ามีความแตกต่างเท่ากับ 23.44 (SD = 7.33) และ 31.57 (SD = 10.34) และ (SD = 9.19) และ 31.19 (SD = 11.04) ตามลำดับ</p> <p>จากการวิเคราะห์ GEE พบว่า ปฏิกริยาระหว่างกลุ่มและเวลา และเมื่อสิ้นสุด session สุดท้าย ความแตกต่างของ anger expression score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเริ่มที่จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>z = 3.09, P = .01</math>) และยังคงแตกต่างอยู่จนถึง 2 สัปดาห์หลัง session สุดท้าย (<math>z = 2.08, P = .04</math>)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p><b>การควบคุมความโกรธ (Anger control)</b></p> <p>ก่อนบำบัดคะแนนเฉลี่ยของ anger control score ของกลุ่มทดลองคือ 21.83 (SD = 5.17) และกลุ่มเปรียบเทียบคือ 22.07 (SD = 5.52) ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>t = .20, P = .84</math>) เมื่อสิ้นสุด session ที่ห้า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ 22.55 (SD = 4.52) และ 22.18 (SD = 5.21) ตามลำดับ โดยทันทีที่จบ session สุดท้ายทำซ้ำกับอีก 2 สัปดาห์หลังจากนั้นพบว่ามีคะแนนเท่ากับ 26.31 (SD = 3.24) และ 22.17 (SD = 4.88) และ 24.76 (SD = 4.34) และ 22.32 (SD = 5.66) ตามลำดับ</p> <p>จากการวิเคราะห์ GEE พบว่าปฏิกริยาระหว่างกลุ่มและเวลา และเมื่อสิ้นสุด session สุดท้าย ความแตกต่างของ anger control score ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบเริ่มที่จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>z = 5.08, P &lt; .0001</math>) และยังคงแตกต่างอยู่จนถึง 2 สัปดาห์หลัง session สุดท้าย (<math>z = 3.93, P &lt; .0001</math>)</p> <p><b>ความโกรธที่เก็บไว้ภายใน (Anger in)</b></p> <p>ก่อนบำบัดคะแนนเฉลี่ยของ anger in score ของกลุ่มทดลองคือ 19.2 (SD = 4.65) และกลุ่มเปรียบเทียบคือ 20.14 (SD = 4.10) ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>t = .95, P = .35</math>) เมื่อสิ้นสุด session ที่ห้า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ 18.87 (SD = 4.03) และ 19.74 (SD = 4.17) ตามลำดับ โดยทันทีที่จบ session สุดท้ายทำซ้ำกับอีก 2 สัปดาห์หลังจากนั้นพบว่ามีคะแนนเท่ากับ 17.59 (SD = 3.97) และ 19.66 (SD = 4.01) และ 17.52 (SD = 3.57) และ 19.35 (SD = 4.35) ตามลำดับ</p> <p>จากการวิเคราะห์ GEE พบว่าปฏิกริยาระหว่างกลุ่มและเวลา และเมื่อสิ้นสุด session สุดท้าย ความแตกต่างของ anger in scores ระหว่างสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p><b>ความโกรธที่แสดงออกภายนอก (Anger out)</b></p> <p>ก่อนบำบัดคะแนนเฉลี่ยของ anger out score ของกลุ่มทดลองคือ 17.0 (SD = 5.42) และกลุ่มเปรียบเทียบคือ 18.26 (SD = 4.56) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>t = -1.11, P = .27</math>) เมื่อสิ้นสุด Session ที่ห้า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ 17.06 (SD = 3.53) และ 17.21 (SD = 4.18) ตามลำดับ โดยทันทีที่จบ session สุดท้ายกับอีก 2 สัปดาห์หลังจากนั้นพบว่ามีคะแนนเท่ากับ 16.28 (SD = 2.59) และ 18.14 (SD = 4.58) และ 16.34 (SD = 3.49) และ 18.16 (SD = 4.18) ตามลำดับ</p> <p>จากการวิเคราะห์ GEE พบว่าปฏิกริยาระหว่างกลุ่มและเวลา และเมื่อสิ้นสุด session สุดท้าย ความแตกต่างของ anger out scores ระหว่างสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p><b>สรุปผลการวิจัย</b></p> <p>การแสดงความโกรธลดลง และมีการควบคุมความโกรธมากขึ้น แต่ความโกรธที่เก็บไว้ภายใน และความโกรธที่แสดงออกภายนอก พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับที่พบในการศึกษาอื่น เมื่อความโกรธที่เก็บไว้ภายใน และความโกรธที่แสดงออกภายนอก ในขณะที่การควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้น การแสดงความโกรธค่อยๆ ลดลงด้วย พฤติกรรมการควบคุมตนเองเชิงบวกได้ถูกฝึกหัดในการตอบสนองต่ออารมณ์ด้านลบ เช่น การควบคุมความโกรธไม่เพียงแต่เพิ่มขึ้นแต่ยังคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพด้วย</p> <p>แผนการฝึกการควบคุมความโกรธของ Novaco จะให้ความสำคัญใน 3 areas: คือ การเตรียมความเข้าใจ ทักษะการเรียนรู้ และการทำแบบฝึกหัด ซึ่งความหมายโดยนัยคือต้องการให้บุคคลสามารถค้นพบกลยุทธ์การควบคุมความโกรธอย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง แผนการของโปรแกรมบำบัดจะจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละบุคคล</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>การประเมินในช่วงกลางของการบำบัดใน session ที่ 5 ซึ่งเป็น 2 สัปดาห์หลังการบำบัด เป็นช่วงที่ทักษะการเรียนรู้กำลังเกิดขึ้น ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจแรงจูงใจในการควบคุมความโกรธ แต่พบว่าการแสดงความโกรธยังไม่มีเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามหลังจาก session สุดท้าย</p> <p>ผู้ป่วยผ่านการเตรียมกระบวนการรู้คิด (cognitive preparation) ไปได้ ผู้ป่วยจึงสามารถ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการควบคุมความตึงเครียดของร่างกาย และการจัดการกับความโกรธด้วยการรู้จักสื่อสารกับตนเอง</li> <li>2) ใช้การแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อจัดการความโกรธในสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ</li> <li>3) การมีส่วนร่วมในกลุ่มโดยการแสดงบทบาทสมมติ และมีการปรึกษาหารือถึงเหตุการณ์ประจำวันที่ผ่านมา ผลจากการใช้เครื่องมือวัดพบว่าการควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และการแสดงความโกรธลดลงอย่างชัดเจน</li> </ol>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในหน่วยงานของผู้ศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอาการแรกเริ่มนำมาก่อนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งบุคลากรและหน่วยงาน เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมในการฝึกทักษะการควบคุมความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล ในการใช้ The anger control program ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง Novaco ใช้แนวคิด CBT เพื่อปรับเปลี่ยนการรู้คิดและเพิ่มการฝึกเรียนรู้ทักษะใหม่ในการควบคุมความโกรธ ทำให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม</p> <p>พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำ The anger control program ในผู้ป่วยจิตเภท ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในการจัดการความโกรธและมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)</p>	<p>นอกจากนั้นแล้วกระบวนการบำบัดและเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน ระยะเวลาการบำบัดและติดตามผลมีความเป็นไปได้มาก เพราะปัจจุบันหน่วยงานมีการบำบัดแบบกลุ่ม การดูแลแบบ Ward zone (รับฝึชขอดูแลผู้ป่วยตามเขตพื้นที่) และมีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยพยาบาลประจำทีมร่วมกับทีมจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p>
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง คือ Archive of Psychiatric Nursing และทีมผู้วิจัยทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจาก ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงวิธีการบำบัดโดยใช้ The anger control program ในผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรที่สำคัญคือ ลดการแสดงอารมณ์โกรธในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>งานวิจัยได้ระบุปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแสดงออกความโกรธ (anger expression) ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหาในการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความโกรธอย่างกว้างขวางและทันสมัย การระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน ไม่ระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงระดับไหน และมีความโกรธระดับใดจึงเข้าร่วมการบำบัดได้ ระบุแต่เพียงกว้างๆ ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>มีการบอกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การคัดเข้า การคัดออก และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอการออกแบบการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม</p> <p>งานวิจัยได้ผ่านการอนุญาตจากโรงพยาบาลให้ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทีละคนในระหว่างการสนทนา ได้อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยจะให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยที่จะขอออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลใดๆ ตามมา</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</p>	<p>ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อผู้ป่วยยินยอมจะมีการลงนามไว้ ผู้ป่วยที่ถูกรับเข้าในการบำบัดจะได้รายละเอียดกำหนดการการประชุม และการดำเนินการกลุ่ม เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านจริยธรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการให้คำปรึกษารายบุคคลแทน</p> <p>งานวิจัยใช้แบบวัดประเมินผลลัพท์หลักเหมาะสม คือ 1) เครื่องมือวัดอาการรุนแรงทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 2) เครื่องมือวัดพฤติกรรมบิดเบือน (Irrational Behavior Scale) และ 3) เครื่องมือวัดการแสดงอารมณ์โกรธ (Anger Expression Inventory of the State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI) ของ Spielberger (1996)</p> <p>งานวิจัยนี้ใช้สถิติ Descriptive statistics, <math>\chi^2</math> test, <math>t</math> test and Generalized estimating equation (GEE) analysis ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้เหมาะสม</p> <p>ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยคือ การควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้นและยังคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพด้วย การแสดงอารมณ์ลดลง ความโกรธภายในและการแสดงอารมณ์ภายนอกไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p>1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)</p> <p>งานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากการจัดการอารมณ์โกรธไม่ได้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อลดการแสดงอารมณ์โกรธในผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมจะเพิ่มทักษะการจัดการความโกรธ ทำให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมได้</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p><b>2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)</b></p> <p>งานวิจัยมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงาน เพราะพยาบาลมีอำนาจเต็มที่ในการปฏิบัติการพยาบาลเพราะโปรแกรมการจัดการความโกรธ พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มบำบัด กระบวนการไม่ยุ่งยากเหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานให้ความร่วมมือ และสนับสนุนในการนำไปใช้โปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบครอบคลุมในการประเมินปัญหาการจัดการความโกรธ สามารถนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติกลุ่มกิจกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน ไม่เพิ่มภาระงานประจำ แต่พยาบาลจำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมในการใช้โปรแกรมก่อน</p> <p><b>3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</b></p> <p>กิจกรรมในโปรแกรมไม่เกิดอันตรายใดๆ กับผู้ป่วยและบุคลากร แต่จะได้ประโยชน์และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมโดยการเพิ่มทักษะในการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มประสิทธิผลในการปฏิบัติงานจากรูปแบบเดิม ไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายและงานประจำ เพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดมากกว่ารูปแบบเดิม กระบวนการบำบัดแบบกลุ่มเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทางจิต</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>1) โปรแกรม The anger control program เป็นแบบกลุ่มที่สามารถนำไปใช้ลดการแสดงออกความโกรธ (anger expression) และเพิ่มการควบคุมความโกรธ (anger control) ในผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมนี้มีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที สมาชิกเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ การบำบัดใช้สมาชิกประมาณ 12-15 คน</p> <p>2) พยาบาลเป็นผู้บำบัดการจัดการความโกรธ เป็นแบบกลุ่ม</p> <p>3) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตาม โปรแกรมนี้แล้วจะมีการประเมิน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	พฤติกรรม อารมณ์ ของผู้ป่วย ด้วยแบบวัด The Irrational Behavior Scale และ The Anger Expression Inventory of the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยแล้ว (ทัศนัย วงศ์สุวรรณ, 2542)

**เรื่องที่ 2**

**ชื่อเรื่อง** Anger management: A holistic approach.

**ผู้แต่ง** Dunbar, B.

**แหล่งที่พิมพ์** Journal of The American Psychiatric Nurses Association, Volume 10 (1), 16-23. (2004).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของบทความ	1) เพื่อนำเสนอโปรแกรมการบำบัดการจัดการความโกรธอย่างครอบคลุมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การ จัดกลุ่มการจัดการความโกรธมา 12 ปี 2) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติขั้นสูงในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดการจัดการความโกรธ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน
ที่มาของความคิดเห็นจากผู้เขียนบทความ	จากการทบทวนวรรณกรรม และจากประสบการณ์การทำงานมา 12 ปี
การบำบัดที่ผู้เขียนแนะนำ	<p><b>โครงสร้างของการบำบัดแบบ 12 แนวคิด</b></p> <p>ทำให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่เลือกนำมาใช้ในการจัดการความโกรธอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดประกอบด้วย การเปิดใจกว้าง (open mind) ความโกรธไม่ใช่สิ่งร้าย (anger does not equal bad) ความรับผิดชอบต่อการจัดการความโกรธของตนเอง (responsibility for management of anger) สัญญาณทางกาย (physical cues) การผ่อนคลาย (relaxation) การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใน (underlying emotion) ความคิดเชิงลบ (negative thoughts) การตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ (assertive responses) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) ระบบที่คาดหวังให้คนอื่นทำอย่างที่ตนเองต้องการ (should system) และความคับแค้นใจ (resentment)</p> <p><b>กระบวนการกลุ่ม</b></p> <p>โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นการบูรณาการให้ความรู้ทางจิต (Psycho-education) และ Cognitive behavior therapy โดยครั้งแรกของกลุ่มเป็นการทบทวนแนวคิดของ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัดที่ผู้เขียนแนะนำ (ต่อ)	<p>สัปดาห์ที่ผ่านมา และ อภิปรายการบ้าน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างผู้เข้ากลุ่ม ครึ่งหลังพูดถึงแนวคิดในสัปดาห์นี้ มีการทำแบบฝึกหัด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และจบด้วยให้การบ้านไปฝึกปฏิบัติ</p> <p>Session แรก เริ่มด้วยการเปิดใจ และให้คำจำกัดความของความโกรธ (ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทั้งผู้เข้ากลุ่มและผู้นำกลุ่ม) หนึ่งแนวคิดจะถูกนำมาอภิปรายกันในแต่ละสัปดาห์ ยกเว้น assertiveness กับ self-esteem โดย assertiveness จะใช้เวลาอภิปราย 3 สัปดาห์ เพื่อค้นหารูปแบบอารมณ์โกรธเชิง passive, แบบอ้อมๆ, และความก้าวร้าว ตลอดจนพื้นฐานการใช้สิทธิในการยืนหยัด การเล่นบทบาทสมมติ role-play ส่วน self-esteem จะใช้เวลากว่า 2 สัปดาห์ (แนวคิดทั้งหมดถูกนำเสนอแต่ละสัปดาห์เพื่ออภิปราย โดยแนวคิดหนึ่งจะเชื่อมโยงแนวคิดถัดไป)</p> <p>การจัดที่นั่งต้องให้ผู้เข้ากลุ่มนั่งแบบเห็นหน้ากันหมด กลุ่มจะเป็นแบบเปิด ซึ่งจะเปิดโอกาสให้สมาชิกเดินเข้ากลุ่มได้ทุกเวลาที่ต้องการ ประโยชน์ของการจัดกลุ่มแบบเปิด คือ ประการแรกผู้ที่ผ่านโปรแกรมแล้วสามารถเข้าร่วมเพื่อแลกเปลี่ยน หรือร่วมสาธิตเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มได้ อีกประการคือการไม่ต้องมีการอคติในการเข้าร่วมถึงแม้ว่าหนึ่งแนวคิดจะผ่านไปแล้ว แต่ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่บอกว่า พวกเขารู้สึกว่าเป้าหมายยังคงอยู่ยาวนานประมาณถึง 3 สัปดาห์ ถ้าผู้เข้ากลุ่มคนใด ไม่สามารถจัดการกับความโกรธได้ และรบกวนผู้เข้ากลุ่มจะถูกย้ายไปเข้าร่วมกลุ่มบำบัดรายบุคคลเพื่อลงประเด็นเชิงลึก แต่ขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้นำกลุ่ม</p> <p><b>คุณสมบัติของผู้เข้ากลุ่ม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>2) ไม่มี acute psychotic, อารมณ์โกรธรุนแรงมาก, manic, ซึมเศร้าอย่างรุนแรง, ดิสสุราหรือยาบางชนิด หรือไม่มีบาดเจ็บทางสมองในระดับปานกลางถึงขั้นรุนแรง</li> <li>3) มีสมาธิในการเข้ากลุ่มเวลา 1 ชั่วโมง</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การบำบัดที่ผู้เขียนแนะนำ (ต่อ)</b></p>	<p><b>บทบาทของผู้บำบัด</b></p> <p>ผู้นำกลุ่มต้องมีความตระหนักในเรื่องความโกรธของตนเอง และหลีกเลี่ยงการใช้ความโกรธทั้งในแง่บวกและลบ “ไม่มีประโยชน์ที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนเด็กนักเรียนที่ไม่เชื่อฟัง” รูปแบบการแสดงความโกรธที่มีคุณภาพคือบุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่มนั่นเอง ถ้าผู้นำกลุ่มมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธ ทำผิดพลาดทาง หรือระบายแสดงความโกรธออกมาเท่ากับว่าเป็นการสนับสนุนให้ผู้เข้ากลุ่มมีแนวโน้มที่จะฝึกไม่สำเร็จหรือไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมจิตเวชขั้นสูงมีทักษะที่เหมาะสมกับการเป็นผู้นำกลุ่ม</p> <p>การใช้อารมณ์ขันที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้บำบัด จะช่วยในการบำบัดการจัดการกับความโกรธได้ หากไม่สามารถทำได้ผู้นำกลุ่มจะต้องประเมินได้ว่าจุดเด่นของผู้เข้าร่วมกลุ่มคืออะไร เช่น ทักษะส่วนบุคคล สิ่งคล้อย หรือข้อจำกัดใดที่จะทำให้สมาชิกร่วมมือในการบำบัดมากที่สุด เพราะแต่ละคนย่อมมีลักษณะพิเศษส่วนบุคคล บทบาทของผู้นำกลุ่มคือ ต้องช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะเพื่อให้พวกเขาเข้าถึงสิ่งที่ต้องการจาก treatment ให้ได้ ผู้นำกลุ่มมักถูกท้าทายจากกลุ่มและทำให้เกิด session ย่อยเขาหรือเธอจำเป็นต้องสามารถจัดการกับกลุ่มย่อยนี้ให้ได้ด้วยความเด็ดขาดและให้เกียรติและจงใจให้กลุ่มดำเนินไปได้ อย่างเหมาะสม ผู้เข้ากลุ่มมักตอบสนองโดยดีด้วยท่าทีให้เกียรติ เช่นเดียวกัน ความสุภาพและให้เกียรติของผู้นำกลุ่มจะช่วยและสนับสนุนให้ผู้เข้ากลุ่มเกิดความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายของ treatment ได้</p> <p><b>เนื้อหาของบำบัด</b></p> <p>โปรแกรมบำบัด Anger management: A holistic approach ใช้หลักของ Cognitive-behavior treatments ร่วมกับ 12 แนวคิด ให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้วิธีการรู้จัก ความรู้สึก และพฤติกรรมจัดการความโกรธอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วยแนวคิดดังนี้</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การบำบัดที่ผู้เขียน แนะนำ (ต่อ)</b>	<p><b>1) การเปิดใจ (open mind)</b></p> <p>การเปิดใจได้ที่สำคัญต้องรู้จักอคติตน กล่าวคือต้องยินดีที่จะฟังความเห็นที่แตกต่างแม้จะคิดว่าตนเองถูกก็ตาม การเปิดใจช่วยให้กำหนดได้ว่าสถานการณ์นั้นสำคัญพอที่จะติดตาม ประนีประนอมหรือเพิกเฉย</p> <p>ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยจะช่วยกันค้นหาความหมายของการเปิดใจ และยกตัวอย่างประสบการณ์มาสนับสนุนความหมายนั้น เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาการเปิดใจ ผู้ที่เข้าใจความหมายการเปิดใจจะได้รับประโยชน์จากการถามตนเองว่า “ฉันอยากจะเป็นคนที่ถูกต้องเสมอหรือเป็นคนที่มีความสุข” คำถามนี้ช่วยให้พฤติกรรมที่ได้แย่งลดลง และช่วยเปิดช่องทางการสื่อสารให้ดีขึ้น ซึ่งการเปิดใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินความต้องการของตนที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นอย่างที่ต้องการหรือไม่</p> <p><b>2) ความโกรธไม่ใช่สิ่งเลวร้าย (anger does not equal bad)</b></p> <p>เป็นแนวคิดที่อยากจะเข้าใจ (หลายๆ คนในสังคมเชื่อว่า การแสดงอารมณ์โกรธถึงแม้จะเหมาะสมก็ยังคงเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำหรือเป็นสิ่งที่ “เลว” คนเรามักจะหลีกเลี่ยงที่จะแสดงอารมณ์โกรธออกมา เนื่องจากพวกเขากลัวว่าจะแสดงความโกรธที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Egelko &amp; Galanter, 1993 cited in Dunbar, B., 2004) ดังนั้นพวกเขาจึงลังเลใจระหว่างการระเบิดอารมณ์โกรธออกมากับการนิ่งเฉย) ในการดำเนินกลุ่ม ผู้เข้ากลุ่มจะได้รับการแนะนำให้หยุดที่จะอธิบายการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธว่า มันเลว หรือดี แต่พวกเขาจะถูกสอนหรือกระตุ้นให้ประเมินพฤติกรรมตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่ ดังนั้น จึงเกิดโอกาสน้อยมากที่จะโทษตนเองหากการแสดงออกนั้นไม่เหมาะสม</p> <p><b>3) ความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ (responsibility for management of anger)</b></p> <p>คนที่ตัดสินใจจะทำบางสิ่งบางอย่างโดยการหยุดตำหนิผู้อื่นเมื่อเกิดความไม่พอใจหรือความเจ็บใจเป็นสิ่งสำคัญ การตำหนิไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาการตระหนักรู้ตนเอง ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้คำพูด 1</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การบำบัดที่ผู้เขียนแนะนำ (ต่อ)</p>	<p>ถึง 3 ประโยคเพื่อไปใช้ในการเผชิญปัญหาความโกรธ แล้วนำมาอภิปรายในการบำบัดครั้งต่อไป</p> <p><b>4) สัญญาณทางกาย (physical cues)</b></p> <p>เมื่อเกิดความโกรธ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ากำลังมีความโกรธ ด้วยการสังเกตสัญญาณทางกายแรกเริ่มเมื่อเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน เช่น การขบกราม เหงื่อออกที่ฝ่ามือ ท้องไส้ปั่นป่วน ใบหน้าแดงหูแดง ปวดต้นคอ หายใจตื้นๆ ฯลฯ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนเหล่านี้ในการตัดสินใจแต่แรกเริ่มเพื่อจัดการกับความโกรธก่อนที่อาการจะรุนแรง เช่น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเกิดความโกรธโดยมีสัญญาณทางกายคือหายใจตื้นๆ การสอนให้ผู้ป่วยหายใจช้าๆ ลึกๆ อย่างมีประสิทธิภาพเป็นการช่วยลดสัญญาณทางกายได้</p> <p><b>5) การผ่อนคลาย (relaxation)</b></p> <p>มีประโยชน์ในการจัดการความโกรธ เช่น การหายใจลึกๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่ง่ายไม่ซับซ้อน แต่การผ่อนคลายอย่างเดียวไม่สามารถจัดการความโกรธได้ดีจึงต้องใช้ร่วมกับทักษะอื่นด้วย</p> <p><b>6) การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ (underlying emotion)</b></p> <p>เช่น ความละอาย ความกลัว ความสูญเสียพลังอำนาจ ความเจ็บปวด ความอับศ ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ฯลฯ การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรง ออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น “พ่อถูกลูกชายวัย 15 ปีพูดจาหยาบคายต่อเขา พ่อโกรธมาก ตะโกนแผดเสียง และสบถสาปแช่ง พ่อจะประสบความสำเร็จในการจัดการกับความโกรธอย่างมีประสิทธิภาพถ้าพ่อสามารถรับรู้อารมณ์แรกเริ่ม แล้วพูดกับลูกชายว่าลูกพูดจาหยาบคายแล้วทำให้พ่อไม่พอใจ”</p> <p>การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้อารมณ์โกรธช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้น เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ดี</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัดที่ผู้เขียนแนะนำ (ต่อ)	<p><b>7) ความคิดเชิงลบ (negative thoughts)</b></p> <p>Beck (1995) เน้นให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับการจัดการกับความโกรธ ความคิดทางลบบางครั้งอาจทำให้เกิดการแปลข้อมูลผิดพลาด ความคิดทางลบอาจแสดงออกมาในรูปประโยค เช่น “คุณคิดว่าคุณเป็นใคร” “ฉันจะแสดงให้คุณเห็นเอง!” “ฉันจะไม่มีวันยอมให้หล่อน ได้รับสิ่งที่ดีที่สุดของฉัน” ความคิดเหล่านี้เหมือนเชื้อเพลิงที่ราดเข้าไปในสถานการณ์ โปรแกรมนี้ผู้เข้ากลุ่มจะบอกเล่าถึงความคิดที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เข้าใจสิ่งที่คุณๆ หนึ่งคิดต่อสถานการณ์ที่เกิดความเครียด จะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการความโกรธได้ดีเพียงใด</p> <p><b>8) การตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม (assertive responses)</b></p> <p>เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพและให้เกียรติผู้อื่น วิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบสนองความโกรธด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสมคือ การแสดงบทบาทสมมติ (role play) ให้ผู้ป่วยยกสถานการณ์หรือเหตุการณ์จริงมาแสดงกับสมาชิกในกลุ่มบำบัด</p> <p><b>9) กิจกรรมทางกาย (physical activity)</b></p> <p>ความโกรธที่สะสมไว้มีส่วนทำให้เกิดความตึงเครียด แนะนำให้ผู้ป่วย ชกถุงลม ดิหมอน และร้องตะโกนเพื่อปลดปล่อยความโกรธที่สะสม แต่เป็นการปลดปล่อยเพียงชั่วคราว การมีกิจกรรมทางกายดังกล่าวช่วยลดการหลั่งของสาร adrenaline ซึ่งเป็นสาเหตุของความรู้สึกโกรธให้ลดน้อยลง การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องมีการหลั่งของสาร endorphine ทำให้ลดความตึงเครียด</p> <p><b>10) ความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem)</b></p> <p>ผู้ป่วยที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะบอกไม่ได้ว่าตนเองต้องการอะไรหรือไม่ต้องการอะไร การแสดงความโกรธจะเป็นลักษณะอ้อมๆ (passive) และเก็บความรู้สึกโกรธ (indirect expressions of anger) การแสดงออกความโกรธทั้งสองลักษณะนี้ไม่ช่วยแก้ปัญหาความโกรธเป็น</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การบ่าบัดที่ผู้เขียนแนะนำ (ต่อ)</p>	<p>การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยรู้สึกรมีความมีคุณค่าในตนเองจะช่วยให้การแสดงออกความโกรธเหมาะสม ผู้บ่าบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกบุคลลิกลักษณะที่เข้มแข็ง จุดเด่น ของตนเอง เพื่อช่วยพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง</p> <p><b>11) ระบบที่คาดหวังให้คนอื่นทำอย่างที่คุณต้องการ (should system)</b></p> <p>บุคลลที่ไม่สามารถจัดการกับความโกรธอย่างมีคุณภาพ มีลักษณะประเภท should system อย่างเด่นชัด a should system คือ ค่าของบุคลลและความคาดหวังที่เขาหรือเธอกำหนดให้ผู้อื่นเป็นอย่างที่ต้องการ คนส่วนใหญ่ตอบสนองความต้องการของตนเองมากกว่าความต้องการของคนอื่น (Ellis, 1993) รายงานว่าการกำหนดคุณค่าของคนๆ หนึ่งมีผลต่อบุคลลอื่นขึ้นอยู่กับตอบสนองความคาดหวังของคนๆ นั้น ความคาดหวังของผู้อื่นนำไปสู่ความโกรธและความรู้สึกที่ไม่ดี บ่อยครั้งคนเรามักจะคิดถึงสิ่งที่ตัวเองควรจะทำ แทนที่จะคิดว่าคนอื่นควรจะทำ และด้วยเหตุนี้ความเป็นไปได้ที่จะไม่สำเร็จตามที่คาดหวังและพบอุปสรรคจึงเกิดขึ้น ในระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมจะถูกให้ระบุคุณค่าสูงสุด 3 สิ่ง และอภิปรายถึงวิธีการที่พวกเขาำหนดคุณค่าของพวกเขาให้กับผู้อื่นทราบ และต่างนำคุณค่าของตนเองมาเปรียบเทียบกันในกลุ่ม ทุกคนจะต้องระบุได้ว่าคุณค่าของตนแตกต่างกับคนอื่นอย่างไร และสามารถรับรู้ได้ว่าความแตกต่างนั้นอาจนำไปสู่สาเหตุของความขัดแย้ง หากการประนีประนอมไม่เกิดขึ้น นั้นหมายถึงการฝึกให้เกิดการรับรู้ว่าการคาดหวังให้ผู้อื่น “should do” หรือควรทำอย่างนั้นอย่างนี้อาจเกิดความขัดแย้งและนำไปสู่สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธได้ ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ประโยชน์อันว่า ฉันจะไม่บอกว่า “ควรจะทำ” กับผู้อื่นหรือตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ขัดแย้ง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัดที่ผู้เขียนแนะนำ (ต่อ)	<p><b>12) ความคับแค้นใจ (resentment)</b></p> <p>ความคับแค้นใจขึ้นอยู่กับ การโกรธสะสม ตัวอย่าง ความคับแค้นใจเป็นเหมือนกระเป๋าค้นทางเก่าๆ ความโกรธที่ฝังมานานทำให้ถูกตัดขาดจากความสนุกในปัจจุบัน หลายครั้งที่คนไม่สามารถจัดการกับความโกรธได้จะรู้สึกว่าเป็นความชอบธรรมที่จะเก็บความโกรธไว้ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้ถามตัวเองว่า “ฉันรู้สึกถูกหรือมีความสุข?” พวกเขาสามารถที่จะคลายความรู้สึกคับแค้นใจ โดยการเขียนจะหมายหรือบทกวีหรือการเตรียมการเพื่อการเผชิญกับสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ โดยการ Role-play จะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มาก ในกลุ่มพวกเขาจะถูกถามถึง a) ถ้าฉันเก็บความคับแค้นนี้ไว้ ใครจะเจ็บปวดมากที่สุด? b) ใครจะสนใจหากฉันยังเก็บความคับแค้นนี้ไว้? และ c) อะไรจะเกิดขึ้นถ้าฉันทิ้งความคับแค้นนี้เสีย? ผู้เข้ากลุ่มจะได้รับคำแนะนำให้จดบันทึก การอดทน การสร้างจินตนาการ และการยืนยันความรู้สึกที่จะเริ่มต้นการจัดการกับความคับแค้นใจในระยะยาว</p>
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 7
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ที่ผู้เขียนแนะนำ	<p>เครื่องมือ Anger management self – assessment scale (AMSAS)</p> <p>เป็นแบบวัดเพื่อ ค้นหาความคาดหวัง ความต้องการ จุดมุ่งหมาย การรักษา (จุดมุ่งหมายการรักษาเป็นข้อตกลงร่วมกันที่สำคัญในความสำเร็จในการรักษา โดยจุดมุ่งหมายจะเขียนเป็นประโยค เครื่องมือ AMSAS นี้ใช้ร่วมกับ 12 แนวคิด ซึ่งพัฒนาโดยผู้เขียน)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</b></p>	<p>เป็นงานวิจัยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในหน่วยงานของผู้ศึกษาคือ ความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชเป็นอารมณ์ที่ยากในการควบคุม เป้าหมายของการจัดการความโกรธ คือช่วยให้ผู้ป่วยจำแนกได้ว่า ความโกรธเป็นอารมณ์ปกติและการพัฒนาทักษะที่สามารถปลดปล่อยอารมณ์ ความต้องการ และความสามารถในการตอบสนองความโกรธ โดยการเคารพตนเองและผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความโกรธได้อย่างมีคุณภาพจำแนกถึงกระตุ้นความโกรธ ระบุอารมณ์เบื้องต้นของความโกรธได้ดีขึ้น มีการตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์(assertive) และรู้จักมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถนำบทบาทสมมติที่ใช้ในกลุ่มไปใช้จริงในสถานการณ์กระตุ้นความโกรธ นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมรายงานความก้าวหน้าในกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมความโกรธได้</p> <p>นอกจากนั้นแล้วงานวิจัยนำไปใช้ได้จริงกับผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาในการควบคุมความโกรธที่ยุ่งยากซับซ้อน และทำให้การจัดการความโกรธมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงานงานวิจัยนี้นำเสนอครอบคลุมเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความโกรธ</p>
<p><b>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</b></p>	<p>บทความตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง คือ Journal of the American Psychiatric Nurses Association ผู้เขียนทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง แสดงให้เห็นถึงการจัดการความโกรธแบบองค์รวม ระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความโกรธ โปรแกรมที่นำเสนอในบทความนี้เป็นการใช้ Cognitive behavioral therapy ในการ approach แบบครอบคลุม โดยมีแนวคิดการบำบัดการจัดการความโกรธ 12 แนวคิด มีการประเมินผู้เข้าร่วมวิจัย การออกแบบกลุ่ม และกำหนดลักษณะทั่วไปทางประชากรเป็นลักษณะการเขียนบทความประสบการณ์ที่ผ่านมาในการทำกลุ่มยาวนานถึง 12 ปี ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	<p>บทความนี้ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม คือ Anger Management Self Assessment Scale (AMSAS) โดยเครื่องมือนี้จะใช้ร่วมกับแนวคิดของโปรแกรม 12 แนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น ผลการบำบัดตอบถามการวิจัย โปรแกรมที่ได้อธิบายในบทความนี้ ใช้เวลาในการพัฒนาน่ากว่า 12 ปี โดยเริ่มจากกลุ่มการสร้างทักษะการยืนยันทักษะ (assertiveness skill - building group) เมื่อตอนที่กลุ่มเริ่มต้น ไม่ได้ทำการประเมินไว้ ผู้เข้ากลุ่มไม่มีวิธีการหรือเครื่องมือในการประเมินตนเอง ความต้องการของผู้เข้ากลุ่มที่สามารถระบุได้นำมาพัฒนาเป็น โปรแกรมที่ค่อยๆ เติบโตขึ้น</p>
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	<p><b>1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)</b></p> <p>แนวคิดนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน คือ โปรแกรมสามารถใช้ได้โดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกขั้น advance ในเรื่องของ holistic approach สำหรับการจัดการกับความโกรธ มีการเสนอแนะถึงสิ่งสำคัญที่ต้องระลึกไว้ คือ การประเมินที่ครอบคลุมและการวางแผนเป็นสิ่งที่จะทำให้การบำบัดนั้นสมบูรณ์ นอกจากนี้โปรแกรมยังทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยมีเครื่องมือวัดความก้าวหน้าของการรักษา การทำ Cognitive behavioral approach กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมได้พัฒนาจุดมุ่งหมายของการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง การคิดผ่านสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และการวัดความสำเร็จของตนเอง ซึ่งในทุกครั้งที่ประสบความสำเร็จก็เป็นการพัฒนาระดับ self-esteem ของผู้เข้าร่วม โครงการนั้นด้วยกระบวนการทำกลุ่ม แนวคิด 12 แนวคิดนี้ ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการจัดการความโกรธได้ เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้เข้าร่วมในการจำแนกสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และสามารถระบุอารมณ์เบื้องต้นของการโกรธได้ มีการตอบสนองแบบยืนยันทักษะ (assertive) มากขึ้น และรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง โดยมีการจัดการความโกรธอย่างมีคุณภาพ สามารถใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์กระตุ้นความโกรธได้จริง และมีส่วนร่วมในการรายงานความก้าวหน้าในกลุ่ม</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p><b>2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)</b></p> <p>แนวคิดนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพราะพยาบาลมีอำนาจเต็มที่ในการ ปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะ กระบวนการกลุ่มซึ่งเป็นงานประจำ ลักษณะขั้นตอน เนื้อหาไม่ยุ่งยาก แต่ พยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มควรได้รับการฝึกฝนในการใช้ แนวคิดแบบองค์รวม ความน่าสนใจของโปรแกรมนี้คือได้กล่าวถึง รูปแบบการจัดการกับความโกรธว่ามีอยู่หลากหลาย treatment แต่ยังคงขาด การประเมินปัญหาและการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมที่สัมพันธ์กับความโกรธเข้าด้วยกัน ในการใช้ cognitive behavioral therapy การประเมินทางด้านจิตสังคม และการรักษา การเน้น การให้ความรู้ทางจิต การ support รายบุคคล การตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วย และการประเมินตนเองของผู้ป่วยจะต้องบูรณาการเข้าไปในโปรแกรม การบำบัด</p> <p>บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการนำ แนวคิดไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดำเนินการสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มกิจกรรมเดิมที่มี อยู่แล้วเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน ไม่เพิ่มภาระงานประจำ</p> <p><b>3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio)</b></p> <p>ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความโกรธและไม่สามารถจัดการความโกรธได้ นั้นจะนำไปสู่การสูญเสียได้อย่างมหาศาล ต่อตนเอง ครอบครัว และ สังคม ซึ่งการบำบัดการจัดการความโกรธสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวช แสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ช่วยลดผลกระทบ ต่างๆ ที่เกิดจากความโกรธได้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเป็นอย่างยิ่ง</p> <p>การนำโปรแกรมไปใช้ไม่เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย มีประโยชน์มาก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ในการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อเพิ่ม ทักษะในการควบคุมความโกรธแบบครอบคลุม เพิ่มประสิทธิผลในการ ปฏิบัติงานจากรูปแบบเดิม ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความ โกรธในผู้ป่วยจิตเวช ทำให้มีกระบวนการรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น และการ ประเมินผลได้ชัดเจน ครอบคลุมมากขึ้น</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	<p>1) โปรแกรมนี้ใช้ได้โดยพยาบาลในการจัดการความโกรธแบบองค์รวม ช่วยให้มีการประเมินผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนได้ครอบคลุมและมีการวางแผนให้การบำบัดนั้นสมบูรณ์</p> <p>2) โปรแกรมช่วยให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยมีเครื่องมือวัดความก้าวหน้าของการรักษา การทำ Cognitive behavioral approach จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมได้พัฒนาจุดมุ่งหมายของการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง การคิดผ่านสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และการวัดความสำเร็จของตนเอง ซึ่งในทุกครั้งที่ประสบความสำเร็จก็เป็นการพัฒนาระดับ self-esteem ของผู้เข้ารับการบำบัดนั้นด้วย</p>

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง **Managing problematic anger: The development of a treatment program for personality disordered patients.**

ผู้แต่ง **Jones, D., & Hollin, C. R.**

แหล่งที่พิมพ์ **International Association of Forensic Mental Health Services, Volume 3 (2), 197-210. (2004).**

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรมการจัดการความโกรธในผู้ต้องคดีที่มีความผิดปกติทางจิตในสถานบำบัดที่มีระบบการดูแลรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด
ทุน	ไม่ระบุทุน
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ได้ระบุสมมติฐานงานวิจัย
Setting งานวิจัย	Nursing Practice Department Rempton Hospital, Retford, Notts, UK.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p><b>ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง</b></p> <p><b>เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วย Personality disorder (PD) ประเมินโดยใช้ The international personality disorder examination (IPDE; Loranger et al., 1994 cited in Jones &amp; Hollin, 2004 )</li> <li>2) ผู้ป่วยมีปัญหาการควบคุมความโกรธ (anger problem) หรือได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นด้วยปัญหาการควบคุมความโกรธ</li> <li>3) ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามขั้นตอน การสัมภาษณ์เชิงลึกทางคลินิก การทบทวนแฟ้ม และการใช้แบบสอบถามเพื่อทดสอบทางจิต</li> <li>4) ผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ได้รับการตัดสินลงโทษคดีมาก่อนด้วยเรื่องความรุนแรงทั้งเรื่องการฆาตกรรมและการทำร้ายร่างกายผู้อื่น</li> <li>5) ได้รับการควบคุมไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีความปลอดภัยสูง</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพ์	<p><b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพ์ ดังต่อไปนี้</b></p> <p><b>1) State Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2, Speilberger, 1999) (The STAXI-2)</b></p> <p>The STAXI-2 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 57 คำถาม ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เป็นการวัด state anger and trait anger และการควบคุมความโกรธ The STAXI-2 มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยในการคัดกรอง (screen) ผู้เข้าร่วมใน anger management interventions เพื่อการวางแผนการรักษา และการประเมินประสิทธิผลของ interventions</p> <p><b>2) Novaco anger scale (NAS; Novaco, 1994) (The NAS)</b></p> <p>The NAS ประกอบด้วย 2 ส่วน มีคำถามทั้งหมด 73 คำถาม ซึ่งเป็นการรายงานตนเอง ประกอบด้วยส่วน A มีคำถาม 48 คำถาม วัดในด้านารรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของการแสดงความโกรธ ส่วน B มีคำถาม 25 คำถาม เป็นการประเมินสิ่งกระตุ้นให้เกิดความโกรธ</p> <p><b>3) Emotion control questionnaire (ECQ; Roger &amp; Najarian, 1989) (The ECQ)</b></p> <p>The ECQ มีคำถามทั้งหมด 56 คำถาม เป็นแบบรายงานตนเอง ออกแบบเพื่อวัดการควบคุมอารมณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งมี 4 กลยุทธ์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การบรรยาย (namely rehearsal), การควบคุมอารมณ์ (emotional inhibition), การควบคุมความก้าวร้าว (aggression control), และการควบคุมความอ่อนโยน (benign control) การบรรยายหมายถึง การมีแนวโน้มที่จะพูดถึงหรือรำพึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เสีย; การควบคุมอารมณ์หมายถึง การปิดบังอารมณ์; การควบคุมความอ่อนโยนจะแปรผันกับการวัดอารมณ์หุนหันพลันแล่น และการควบคุมความก้าวร้าวจะเกี่ยวพันกับระดับความไม่เป็นมิตร (hostility) หรือความก้าวร้าวที่ถูกยับยั้ง (inhibited) ไว้</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</p>	<p><b>4) Aggression questionnaire (AQ; Buss &amp; Perry 1992) (The AQ)</b></p> <p>The AQ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 29 คำถาม เป็นแบบรายงานตนเองซึ่งใช้วัดลักษณะเฉพาะ 4 อย่าง ที่เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าวได้แก่:</p> <p>a) ความก้าวร้าวทางร่างกาย (physical aggression), b) ความก้าวร้าวด้วยคำพูด (verbal aggression), c) ความโกรธ (anger) และ d) ความไม่เป็นมิตร (hostility) การตอบจะแบ่งเป็น 5 จุดคะแนน ตั้งแต่ “ไม่ใช่ฉันเป็นอย่างยิ่ง จนถึง ใช่ฉันเป็นอย่างยิ่ง” คะแนนในข้อย่อยของ The AQ นำมาใช้ในการกำหนดระดับของรายละเอียดซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งทั้งการวางแผนการรักษาและการวัดผลลัพธ์ การประเมินโปรแกรม</p> <p><b>5) Behavioral Rating</b></p> <p>รูปแบบครอบคลุมการวัดความโกรธและความรุนแรงซึ่งสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ได้ถูกรวมเข้าด้วยกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนบุคลากรทางการแพทย์จะใช้เวลาส่วนหนึ่งในการฝึกอบรมในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกันและขั้นตอนการบันทึก อุตบัติการณ์จะได้รับการบันทึกและให้รหัสโดยทีมพยาบาลในแต่ละวัน ซึ่งรวมไปถึงช่วงติดตามผล โดยการใช้ behavioral rating chart 5 ระดับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ก้าวร้าวแบบไม่แสดงออก (passive aggression)</li> <li>2) พุดจาก้าวร้าว (verbal aggression)</li> <li>3) ก้าวร้าวทำลายวัตถุสิ่งของ (physical aggression against objects)</li> <li>4) ก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเองและคนอื่น (physical aggression against the self and others)</li> <li>5) ก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น (physical aggression against others)</li> </ol> <p>ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกจะถูกตรวจสอบโดย group facilitators สัปดาห์ละครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่ามีความสอดคล้องและเป็นไปตาม protocol</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การบำบัด</b> <b>(Intervention)</b>	<p><b>Program format. Managing problematic anger</b></p> <p>โปรแกรมบำบัด “Managing problematic anger” ใช้เวลาทั้งสิ้น 36 สัปดาห์ มีการทำแบบทดสอบทางจิตครบสมบูรณ์ทั้งก่อน และหลัง การทดลอง การแบ่งระดับพฤติกรรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ก่อนเริ่ม โปรแกรม และเติมแบบรายงานรายวันจนถึง 8 สัปดาห์ หลังการทดลอง</p> <p>โปรแกรมดำเนินการโดยผู้เขียนคนแรก และบุคลากรทางการแพทย์ 2 คน ที่ได้รับการฝึก CBT ในระดับปริญญาโทหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม มีการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อองค์กรและการจัดโปรแกรม</p> <p>ในการทำ cognitive-behavioral treatment program ซึ่งกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ การกระตุ้น และพฤติกรรมที่เข้าเกณฑ์ของความโกรธ ความสอดคล้องกับ cognitive-behavioral approach ต่อความโกรธ Managing problematic anger จะช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาเทคนิคการกระตุ้น การสร้างแรงดึงดูดใจใน การปรับโครงสร้างกระบวนการรับรู้ และการได้เรียนรู้ทักษะทางพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อการกระตุ้นความโกรธได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ข้อวิจารณ์ข้อหนึ่งของการทำ treatment programs คือ พวกเขาไม่ใส่ใจความเป็นปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตามยังมีแตกต่างจากโปรแกรมการจัดการความโกรธอื่นๆ คือ Managing problematic anger มีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและการบำบัดแบบกลุ่ม ลักษณะการฝึกทักษะของโปรแกรมได้รับการรับรองใน group setting ในขณะที่ session ของรายบุคคลก็ดำเนินไปด้วยกันสัปดาห์ละครั้งแบบคู่ขนาน เพื่อเพิ่มการฝึกทักษะตามเกณฑ์ของโปรแกรม session รายบุคคลได้รับการช่วยเหลือโดยที่ปรึกษา โดยจะเน้นที่การฝึกทักษะเพิ่มเติม และเปลี่ยนสถานการณ์ไปทุกๆ วัน group sessions จะถูกดำเนินไปโดยที่ผู้ป่วยและที่ปรึกษาทำงานร่วมกันทั้งโดยคำฟังหรือเข้าทำแบบฝึกหัดกลุ่มเล็ก นอกเหนือจาก session แล้ว ที่ปรึกษายังคงต้องรับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้การช่วยเหลือ สอนพิเศษในเรื่องของทักษะ และติดต่อประสาน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การบำบัด (Intervention) (ต่อ)</b></p>	<p>งานระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษา ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม group session's ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โครงสร้างในแต่ละ session ทำตามที่วางแผนไว้ล่วงหน้าตามคู่มือของโปรแกรม ซึ่งอธิบายวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ไว้อย่างชัดเจนกิจกรรมทั้งหมดของโปรแกรมประกอบด้วย information handouts, worksheets, การบ้าน, แบบวัดตัวเองรายวัน และตัวช่วยสอนซึ่งรวมอยู่ในสมุดคู่มือผู้ป่วยที่ต้องใช้ตลอดโปรแกรม</p> <p>สำหรับการบำบัดรายบุคคลจะดำเนินการสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เนื้อหาเน้นการบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ การทะเลาะวิวาท โดยมีโครงสร้างคล้ายๆ กับการบันทึกประจำวัน โดยผู้ป่วยต้องบันทึกสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธและวิธีที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ที่ปรึกษาและผู้ป่วยจะร่วมกันค้นหาในทุกอุบัติการณ์ที่พฤติกรรมการแสดงอารมณ์โกรธหรือความก้าวร้าวเกิดขึ้น และใช้ทักษะและเทคนิคที่ได้รับจาก group session เพื่อทดสอบว่าผู้ป่วยจะผ่านมันไปได้หรือไม่</p> <p><b>เนื้อหาของโปรแกรม (program Content)</b></p> <p>ภายในสถานที่ดำเนินการบำบัดผู้กระทำผิด มีหลักฐานเชิงประจักษ์ของลักษณะที่แน่นอนของ treatment ต้องถูกเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้วยการใส่ใจในการลดความขุ่นเคือง โครงสร้างของ cognitive-behavioral treatments เน้นที่ความขุ่นเคืองที่สัมพันธ์กับเหตุ การเกิดผลลัพธ์ที่ดีหากปัจจัยนั้นตอบสนอง เนื้อหาของโปรแกรมได้นำมาพิจารณาการออกแบบโปรแกรม 3 modules ดังนี้</p> <p><b>1) Module one: การเตรียมพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Preparing for change) มี 6 sessions</b></p> <p>วัตถุประสงค์แรกของ module นี้คือการยกระดับความผูกพันและตอบโต้การ drop-out หนึ่งในตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุดคือ ระยะเวลาที่ใช้ไปกับ treatment การอยู่ไม่ครบการบำบัดคือลักษณะเฉพาะของ intervention ของการบำบัดผู้กระทำผิด การทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโปรแกรมได้ ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การบำบัด</b> <b>(Intervention) (ต่อ)</b>	<p>เหตุผลที่เป็นไปได้ของอัตราการคงอยู่ในการบำบัดลดลงคือ การที่แพทย์มักสันนิษฐานผิดว่า ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุนี้เพื่อให้ผลลัพธ์การบำบัดออกมาดีที่สุด แพทย์ต้องยอมรับในประเด็นนี้และรวมเข้าไปใน treatment เทคนิคที่จะเพิ่มและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจของผู้ป่วย ตลอดการทำ Managing problematic anger การทำให้เกิดแรงจูงใจผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการเข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>การรวม The transtheoretical model of change (Prochaska &amp; DiDlemlents, 1984 cited in Jones &amp; Hollin, 2004) เข้าไปในโปรแกรมโดยการจัดเตรียมสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการทำงานกับผู้ป่วยแต่ละระดับและระยะเวลาของแรงจูงใจที่มีความเกี่ยวข้องกับจัดการความโกรธของพวกเขา และยกระดับหรือคงไว้ซึ่งการให้คำสัญญาว่าจะเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาหนึ่งคือ แรงจูงใจจากภายนอกส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีระยะเวลาที่สั้นมาก เมื่อไรที่คำสั่งยุติการเปลี่ยนแปลงก็หยุดไป ในทางตรงกันข้ามถ้าแรงจูงใจที่เกิดจากภายในที่มีความผูกพันในการบำบัดเกิดขึ้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีระยะเวลาดังอยู่นาน ดังนั้นเป้าหมายแรกของขั้นตอนแรกของโปรแกรมคือ เพิ่มแรงจูงใจภายใน ในทางปฏิบัติเป้าหมายนี้จะสำเร็จได้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ตลอดจนเทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ</p> <p>วัตถุประสงค์อื่นภายใน module นี้ คือการกำหนดความร่วมมือในการบำบัด การเพิ่มความร่วมมือในโปรแกรม และรวมอยู่ในโครงสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อมั่น เพื่อให้วัตถุประสงค์ดังกล่าวบรรลุผล กิจกรรมและเนื้อหาของ module นี้ เบื้องต้นเน้นการเพิ่มความมีประสิทธิภาพในตนเองของผู้ป่วยและความเชื่อมั่น พอๆ กับการทำให้ผู้ป่วยรู้จักความต้องการของการทำงานเป็นกลุ่ม สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอื่นๆ คือ การสร้างทักษะที่จำเป็นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการที่ให้ความสนใจในกลุ่ม เช่น ทักษะในการสื่อสาร และการกำจัดอุปสรรค ในสถานการณ์ เช่น สิ่งที่คุณจะทำถ้าไม่เข้าใจหรือถ้าคุณมีปัญหา</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การบำบัด (Intervention) (ต่อ)</b></p>	<p>หลักเกณฑ์สุดท้ายของ module นี้ คือการค้นหาค่าเหตุของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในกลุ่ม</p> <p>การตั้งประโยคเด็ดที่จะเพิ่มแรงจูงใจให้กับตนเองหากเกิดอาการโกรธ และการตั้งเป้าหมายส่วนตัวที่เกี่ยวกับความโกรธและความก้าวร้าว การฝึกแบบกลุ่ม เช่น “ข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านสำหรับการเข้าร่วม session” และ “ขณะนี้ฉันอยู่ที่ไหน? และฉันต้องการที่จะอยู่ที่ไหนในอีก 5 ปีข้างหน้า?” ได้ถูกใช้ในโปรแกรมเพื่อเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจากแรงจูงใจที่อยู่ภายในต่อการเข้าร่วม session และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้ ข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการคงพฤติกรรมเดิมไว้จะถูกนำมาวินิจฉัยโดยใช้ทั้งการปรึกษาหารือและการทำกิจกรรมที่จับต้องได้ ที่ปรึกษาจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการเผชิญหน้าด้วยเคารพต่อเหตุผลของผู้ป่วยสำหรับการเปลี่ยนแปลงความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหา</p> <p><b>2) Module two: การจำแนกและการยอมรับความโกรธ (Recognizing and owning) มี 16 sessions</b></p> <p>เน้นพัฒนาความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้งและยอมรับว่าเป็นปัญหาของตนเอง ความเป็นเจ้าของปัญหา ซึ่งหลายๆ คนมีปัญหาการเกิดความโกรธ โดยไม่รู้ตัวจากสิ่งที่มากระตุ้นความโกรธ การขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งจะทำให้ผู้ป่วยล้มเหลวต่อการเห็นผลกระทบด้านลบที่เกิดจากพฤติกรรมแสดงความโกรธของตนเองและความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ลักษณะเด่นของ module นี้ คือกระบวนการที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงความคิดด้วยการใส่ใจความโกรธและความก้าวร้าว โดยการใช้กลยุทธ์ที่เป็นที่ยอมรับในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ขยับผ่านขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง ในเบื้องต้นจะเป็นการให้ psychoeducation โดยเน้นที่บริบททั่วไปของความโกรธ (อาทิเช่น สัญญาณทางร่างกายเมื่อเกิดความโกรธ ตัวอย่างสิ่งที่มากระตุ้น, ผลด้านลบที่ตามมาอันเนื่องมาจากความโกรธ) ตามกระบวนการของ module การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขึ้นอยู่กับแต่ละมุมมองของบุคคล เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการพัฒนาตามแนวทางเฉพาะของตนเองใน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การบำบัด</b> <b>(Intervention) (ต่อ)</b>	<p>ภาพรวมของกระบวนการนี้ผู้บำบัดจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าใจการรู้จักที่กระตุ้นความโกรธและการจำแนกการรับรู้ส่วนบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ เทคนิคนี้ประกอบด้วย การฝึกการเขียนในสมุดคู่มือที่ผู้ป่วยซึ่งได้มาพร้อม module การอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์สิ่งที่สกัดได้จากวิดีโอ และการฝึกแบบกลุ่ม</p> <p><b>3) Module three: การลดปัญหาที่ทำให้เกิดความโกรธ (Reducing problem anger) มี 14 sessions</b></p> <p>ใน module นี้สนใจขั้นตอนของการเตรียม, การดำเนินการ และการคงรักษาไว้ด้วยการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาและการทำให้เกิดทักษะที่จะนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงอาจมีทักษะเพิ่มมากขึ้น โดยสรุป module ที่สามและเป็น module สุดท้าย จะเน้นที่การได้มาซึ่งทักษะ การนำทักษะไปใช้ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำกระบวนการได้มาซึ่งทักษะแบ่งออกเป็น phase โดย phase แรก จะเป็นการเพิ่มทัศนคติความเครียด โดยการใช้ Novaco's anger treatment approach (Novaco, 1977 cited in Jones &amp; Hollin, 2004) ในระยะนี้จะช่วยให้ควบคุมความโกรธได้ โดยการใช้เทคนิคลดการกระตุ้นและการมีประโยชน์เตือนใจตัวเอง ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นความโกรธ อย่างไรก็ตามการหลีกเลี่ยงไม่ใช่วิธีการที่ถาวรที่จะใช้ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ในบางกรณีอาจมีบ้างที่การเลือกที่จะเผชิญหน้าในระยะเวลาสั้นๆ กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ อาจให้ผลดีกว่า ปัญหาความโกรธอาจลดลงโดยการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และการทำหน้าที่ระหว่างบุคคล ในระยะต่อไปเป็นการสอนทักษะระหว่างบุคคลให้กับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลักคือทักษะทั้งหมดต้องสามารถนำไปใช้ได้หลากหลายสถานการณ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้สะดวกขึ้น โปรแกรมจะรวมทักษะหลักๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น การจัดการเมื่อถูกดูหมิ่น การถูกคุกคาม ความผิดหวัง การเรียกร้องและสิ่งที่ทำให้ขุ่นเคืองใจ ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสพบได้ในชีวิตประจำวัน เทคนิคประกอบด้วย การผสมผสาน problem-solving techniques, assertiveness training,</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การบำบัด (Intervention) (ต่อ)</b></p>	<p>และ distress tolerance ในสอง session สุดท้ายของโปรแกรมผู้ป่วยจะมีการวางแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยตนเอง ซึ่งมีประโยชน์ต่อการจัดการความโกรธแต่ละบุคคล ถูกพัฒนาตั้งแต่ module 2 ผู้ป่วยจะระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความโกรธของตนเองและพัฒนาแผนการดำเนินการที่จะจัดการเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยทักษะที่ต้องการระหว่าง module สุดท้ายนี้</p> <p>เทคนิคหลักคือการฝึกบทบาทสมมติ (role play) ประกอบด้วยการดูโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ ในทางปฏิบัติแล้วการฝึกบทบาทสมมติมักใช้กับสถานการณ์ที่เป็นการคุกคาม ซึ่งผู้บำบัดต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการและสาธิตบทบาทสมมติให้ดู แล้วอาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเล็กๆ ก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะนี้อย่างทั่วถึง</p>
<p><b>ระเบียบวิธีวิจัย</b></p>	<p>Case control</p>
<p><b>ระดับของงานวิจัย</b></p>	<p>ระดับ 4</p>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 8 คน อยู่จนจบโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยในการเข้าร่วมโปรแกรม 33 sessions</p> <p><b>Psychometric Scales</b></p> <p>คะแนนก่อนและหลังของ The STAXI-2 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงลดลง ในทุกตัววัดยกเว้นการควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้น คะแนนของ The STAXI-2 แสดงให้เห็นว่ามี state anger และ trait anger ลดลง การแสดงอาการโกรธ (ทั้งภายในและภายนอกลดลง) และมีการควบคุมความโกรธที่แสดงออกภายนอกเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการลดลงในการควบคุมความโกรธจากภายใน ยังคงต้องเฝ้าสังเกตต่อไปหลังการทดลอง</p> <p>คะแนนหลังการทดลองของ NAS แสดงให้เห็นคะแนนที่ดีขึ้นในทั้งสาม domains ของส่วน A มีการลดลงของความรุนแรงของความโกรธ ที่สัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นซึ่งวัดในส่วน B ของ NAS</p> <p>ข้อมูลจากแบบสอบถามความก้าวร้าว แสดงให้เห็นว่า มีการลดลงในทั้ง 4 องค์ประกอบของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความก้าวร้าวทางด้านร่างกาย, ความโกรธ, และความไม่เป็นมิตร กับคำถามในเรื่องการควบคุมอารมณ์ พบว่ามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงในเรื่อง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>Emotional inhibition and rehearsal และเพิ่มขึ้นใน Benign control and aggression control คะแนนหลังการทดลองพบว่ามิติสหทางการเปลี่ยนแปลงเป็นบวกทั้ง 4 domains</p> <p><b>Behavioral rating</b> ความถี่ของอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดความโกรธ และความโกรธที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมได้ถูกสรุปใน 12 block, block ละ 4 สัปดาห์ เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์</p> <p><b>Passive aggression</b> พบว่าการลดลงอย่างมากใน passive anger ที่สังเกตได้ก่อนการทดลองและเมื่อเริ่มทดลอง โดยมีการลดลงเรื่อยๆ ในระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมจนถึงหลังการทดลอง</p> <p><b>Verbal aggression</b> อุบัติเหตุของความก้าวร้าวทางวาจายังคงที่จนถึงสัปดาห์ที่ 28 ที่เริ่มลดลงจนถึงสิ้นสุดการทดลอง</p> <p><b>Physical aggression against objects</b> มีการลดลงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 28 เป็นต้น ไปจนถึงสิ้นสุดการทดลองเช่นกัน</p> <p><b>Physical aggression towards others</b> มีรูปแบบนี้เกิดขึ้นน้อยมาก พบประมาณ 7-9 ครั้งในแต่ละ block แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเริ่มลดลงในสัปดาห์ที่ 24 และคงอยู่อย่างนั้นจนถึงสิ้นสุดการทดลองโดยไม่มีอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น</p> <p><b>Physical aggression against self</b> ตลอดการทดลองไม่พบอุบัติเหตุการทำร้ายตนเอง</p> <p><b>Anger frequency</b> ความถี่ของความโกรธที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตลอดการทดลองค่อยๆ ลดลงทีละน้อยจากก่อนทดลอง (103 ครั้ง) ถึงหลังการทดลอง (27 ครั้ง) เป็นภาพรวมทั้งความก้าวร้าวที่แสดงออกทางวาจาและท่าทาง อัตราการลดลงเริ่มที่สัปดาห์ที่ 28 ของโปรแกรม</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</b></p>	<p>เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในหน่วยงานของผู้ศึกษา คือผู้ป่วย Personality disorders มีปัญหาในการจัดการความโกรธและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน การบำบัดต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน อยู่ไม่ครบโปรแกรมสูง ซึ่งโปรแกรมการจัดการความโกรธ Anger management program นี้มีระยะของการบำบัดที่ชัดเจน มีการนำ The transtheoretical model of change มาใช้ในการบำบัด โครงสร้างโปรแกรมเป็นแบบกลุ่มบำบัด ควบคู่กับการบำบัดรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความโกรธ (anger control) เพิ่มขึ้น การเก็บความโกรธไว้ภายใน (anger in) ลดลง การแสดงความโกรธภายนอก (anger out) ลดลง ภาวะของความโกรธ (state anger) และคุณลักษณะของความโกรธ (trait anger) ลดลงหลังการบำบัด</p> <p>เป็นงานวิจัยที่พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจนำโปรแกรม Managing problematic anger ไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย Personality disorder ที่ต้องคดีให้เกิดแรงจูงใจในการบำบัดจนครบโปรแกรม ช่วยให้มีการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม ลดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด</p>
<p><b>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</b></p>	<p>งานวิจัยได้ระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้อธิบายกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีไว้อย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความโกรธอย่างกว้างขวางและทันสมัย ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยว่า เพื่อเตรียมการเบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการทดลอง ในที่มีความปลอดภัยสูง ซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมความโกรธ</p> <p>ระบุการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน บอกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเข้า มีการออกแบบการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่มีกลุ่มควบคุม งานวิจัยนี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการของโรงพยาบาล งานวิจัยนี้ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p><b>1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)</b></p> <p>โปรแกรมมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน พยาบาลสามารถนำผลการศึกษา ผลของโปรแกรม Managing problematic anger ไปใช้ในการจัดการความโกรธ ในผู้ป่วย personality disorders ในการปรับเปลี่ยนการและเรียนรู้ทักษะเพื่อลดการแสดงความโกรธ</p> <p><b>2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)</b></p> <p>โปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพราะพยาบาลมีอำนาจเต็มในการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการไม่ยุ่งยาก แต่พยาบาลจำเป็นต้องผ่านการฝึกในการใช้โปรแกรม</p> <p>บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ และสนับสนุนในการนำโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่เฉพาะเจาะจง</p> <p>การดำเนินการสามารถนำไปพัฒนาการบำบัดแบบกลุ่มกิจกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่สถานคุมประพฤตินำส่งเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องการจัดการกับอารมณ์ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนาน 4-6 เดือน จึงเป็นไปได้ว่าถึงแม้การบำบัดทั้งสิ้น 36 ครั้ง ในบางกรณีมีการนัดมาทำกลุ่มแบบผู้ป่วยนอกด้วย ไม่เพิ่มภาระงานประจำ</p> <p><b>3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</b></p> <p>ผู้ป่วย personality disorders ที่มีความโกรธและไม่สามารถจัดการความโกรธได้นั้นจะนำไปสู่การสูญเสียได้อย่างมาก ซึ่งการบำบัดการจัดการความโกรธสามารถช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ช่วยลดผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากความโกรธได้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเป็นอย่างยิ่ง</p> <p>การนำโปรแกรมไปใช้ไม่เกิดความเสียดกับผู้ป่วย มีประโยชน์มาโดยเฉพาะผู้ป่วยนิติจิตเวช ในการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการควบคุมความโกรธโดยการประยุกต์ใช้ The transtheoretical model of change เพื่อเพิ่มแรงจูงใจภายใน เป็นเพิ่มประสิทธิผลในการ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p>ปฏิบัติงานจากรูปแบบเดิมในการให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีการจัดการความโกรธที่มีคุณภาพ ลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ผู้บำบัดมีรูปแบบและการประเมินผลได้ชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการวินิจฉัยว่า personality disorder (PD) ประเมินด้วย International personality disorder examination (IPDE) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตภายใต้ setting ที่มีระบบปลอดภัยเข้มงวด แต่การมีจำนวนตัวอย่างน้อยและไม่มีกลุ่มควบคุม ถือเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ในการนำไปใช้อ้างอิงในวงกว้าง</p> <p>โปรแกรมบำบัดนอกจากการบำบัดรายกลุ่มแล้วยังมีลักษณะเฉพาะเพื่อฝึกทักษะแบบพิเศษรายบุคคล ดังนั้นจึงตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ผู้ป่วยยึดอัดที่จะต้องแสดงออกในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและได้ประโยชน์สูงสุดจากโปรแกรม เพราะการออกจากโปรแกรมก่อนกำหนด หรือ dropout นั้นหมายถึงผู้ป่วยจะไม่ประสบผลสำเร็จตามผลลัพธ์ที่ต้องการ และการอยู่ในโปรแกรมจนครบถือเป็นการที่ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบที่สูงขึ้นด้วยการประยุกต์ใช้ The transtheoretical model of change เพื่อสร้างแรงจูงใจภายใน</p>

## เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง ผลของการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ ต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา

ผู้แต่ง สิริรินภา จาติเสถียร

แหล่งที่พิมพ์ โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2547)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มควบคุมความโกรธ ต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา
ทุน	ไม่ระบุทุน
สมมติฐานงานวิจัย	การแสดงความโกรธ (anger expression) ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธจะน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม
Setting งานวิจัย	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ 1-10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2548 จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้</p> <p><b>ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง</b></p> <p><b>เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แพทย์รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี</li> <li>2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง</li> <li>3) มีอายุ 15-59 ปี</li> <li>4) ผู้ป่วยมีคะแนนจากการใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ในอาการระดับเล็กน้อย คือคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน และผ่านการประเมินด้วยแบบวัดการแสดง ความโกรธของ ทศไ নয় วงศ์สุวรรณ (2542) แล้วมีค่าการแสดง ความโกรธออกภายนอก (anger out) สูงมากกว่า 16 คะแนน</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>5) เป็นผู้ให้ความร่วมมือและตอบแบบสอบถามได้</p> <p>6) สามารถฟังและอ่านภาษาไทยได้</p> <p><b>เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)</b></p> <p>1) ผู้ป่วยมีภาวะปัญญาอ่อน หรือป่วยด้วยโรคลมชักเรื้อรัง</p> <p>2) มีอาการทางจิตไม่สงบ ไม่สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ ถูกต้อง ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้</p> <p><b>ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</b></p> <p>ทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติ เออะอะก้าวร้าวทำร้ายตนเอง และผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติและร่วมปรึกษากับพยาบาลประจำตึก</p> <p>พบผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยในชายและหญิงจากข้อ 1 แนะนำตัวและอธิบายถึงโครงการศึกษาอิสระ วัตถุประสงค์ของการศึกษาและการมีส่วนร่วมในโปรแกรมควบคุมความโกรธให้ผู้ป่วยทราบพอสังเขปเพื่อตรวจสอบความสนใจและความยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง</p> <p>ใช้แบบวัดการแสดงความโกรธของ ทัทสึโนย วังศ์สุวรรณ (2542) ที่พัฒนามาจากแบบวัดสภาวะ-ลักษณะและการแสดงความโกรธ The state trait anger expression inventory (STAXI) ของ Spielberg (1996) ในการคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาการแสดงความโกรธเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยผู้ป่วยมีคะแนนจากการใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ในอาการระดับเล็กน้อย คือ คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน และผ่านการประเมินด้วยแบบวัดการแสดงความโกรธของ ทัทสึโนย วังศ์สุวรรณ (2542) แล้วมีค่าการแสดงความโกรธออกภายนอก (anger out) สูง มากกว่า 16 คะแนน</p> <p>สอบถามความเต็มใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมและขอความยินยอมจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ เมื่อผู้ป่วยตอบรับการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมแล้วจึงบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>ผู้ศึกษาตามความสมัครใจของผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย เพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการ และการนำข้อมูลไปใช้ ว่าไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัวและข้อมูลจะถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่หรือระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสามารถปฏิเสธและออกจากโครงการได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา</p>
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษามี 3 ประเภท คือ</p> <p>1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา</p> <p>คือ โปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธของ Novaco นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น แสดงบทบาทสมมติโดยสวมบทบาทจากเพื่อนผู้ป่วยในกลุ่ม ซึ่งมีโปรแกรม 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม</p> <p>2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการทดลอง</p> <p>1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา</p> <p>1.2 แบบวัดความโกรธของ ทศไฉย วงศ์สุวรรณ (2542) ที่พัฒนามาจากแบบวัดสภาวะ-ลักษณะและการแสดงความโกรธ The State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) ของ Spielberg (1996) ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาความโกรธ และใช้ในการประเมินผลการทดลอง มีข้อคำถามจำนวน 57 ข้อ แบบวัดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะวัด</p> <p>1.2.1 ประสบการณ์ของความโกรธ (the experience of anger)</p> <p>1.2.2 การแสดงความโกรธ (the expression of anger) แบบวัดการแสดงความโกรธนี้ประกอบด้วย</p> <p>ข้อความที่วัดการเก็บความโกรธไว้ภายใน (anger-in) มี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วเก็บความรู้สึกโกรธไว้ภายใน หรือเก็บกอดความรู้สึกโกรธไว้</p> <p>ข้อความที่วัดการแสดงความโกรธออกภายนอก (anger-out) มี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วแสดงความโกรธต่อบุคคลอื่นหรือสิ่งของในสภาพแวดล้อม</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</b></p>	<p>ข้อความที่วัดการควบคุมความโกรธ (anger-control) มี 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ที่บุคคลเกิดความรู้สึกโกรธแล้วพยายามที่จะควบคุมการแสดงอารมณ์โกรธ</p> <p>การแสดงอารมณ์โกรธ (anger expression) คือ ผลการรวมคะแนนจากข้อความที่วัดการแสดงอารมณ์โกรธออกภายนอก การเก็บอารมณ์โกรธไว้ภายใน และการควบคุมความโกรธ ซึ่งเป็นดัชนีต่างๆ ไป ที่แสดงให้เห็นทราบความถี่ที่บุคคลแสดงอารมณ์โกรธ ดัชนีการแสดงอารมณ์โกรธ (x) ได้จากการคำนวณคะแนนจากมาตรวัดการเก็บอารมณ์โกรธไว้ภายใน (A) รวมกับการแสดงอารมณ์โกรธออกภายนอก (B) ลบด้วยคะแนนจากมาตรวัดการควบคุมความโกรธ (C) บวก 16 (16 เป็นค่าคงที่ที่ใช้เพื่อป้องกันคะแนนการแสดงอารมณ์โกรธที่เป็นลบ) เขียนเป็นสมการได้ดังนี้</p> $X=A+B-C+16$ <p><b>3) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง</b>  <b>แบบวัดความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธ</b></p>
<p><b>การบำบัด (Intervention)</b></p>	<p>หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องการควบคุมความโกรธ และแบบวัดการแสดงอารมณ์โกรธ และแบบวัดการควบคุมความโกรธ จากนั้นผู้ศึกษาดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง และใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 10 ชั่วโมง</p> <p>ในการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธตามแนวคิดของ Novaco นั้น ผู้ศึกษาแยกเป็น 3 ขั้นตอนคือ</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 1</b></p> <p>ฝึกให้ผู้ป่วยรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความโกรธ โดยผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยได้คิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ และฝึกคิดผลของความ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การบำบัด</b> <b>(Intervention) (ต่อ)</b>	<p>โกรธ ตามแบบฟอร์มการบันทึกความโกรธ ให้ทำเป็นการบ้านและนำมาอภิปรายร่วมกัน เป็นการสอนให้ผู้ป่วยฝึกคิดและเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุให้รู้สึกโกรธ และความโกรธเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การที่ผู้ศึกษาฝึกให้คิดซ้ำๆ และการอภิปรายกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มต่างก็เป็นตัวแบบซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ และเกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเอง เป็นการเริ่มต้นที่จะจัดการกับความรู้สึกและการกระทำที่เป็นทางเลือกได้</p> <p>นอกจากนี้ ยังสอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสภาวะของความโกรธของตนเอง ด้วยการสังเกตจากการบ่งชี้ทางกาย ที่แสดงว่าจะเกิดความโกรธ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ว่าร่างกายเกิดอาการตึงเครียด และความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธเริ่มที่จะเกิดขึ้นในจิตใจ ก็จะต้องจัดการยับยั้งความรู้สึกโกรธนั้นก่อน</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b></p> <p>ระยะเรียนรู้ทักษะ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยยับยั้งความโกรธ เมื่อผู้ป่วยรู้ถึงสภาวะความโกรธของตนเอง จากการบ่งชี้ทางกายที่แสดงเกิดความโกรธ ร่างกายเริ่มเกิดอาการตึงเครียด และความคิดที่เกี่ยวข้องกับความโกรธที่จะเกิดขึ้นในใจ ก็จะต้องยับยั้งความรู้สึกนั้นก่อน นั่นคือการที่ผู้ป่วยต้องฝึกควบคุมความโกรธของตนเอง</p> <p>วิธีการฝึกควบคุมความโกรธในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เทคนิคการจินตนาการ การแสดงบทบาทสมมติ การมอบหมายให้ทำเป็นการบ้าน (Novaco, 1975) การหายใจลึกๆ การนับในใจ การเผชิญความโกรธด้วยการพูดแสดงความรู้สึก เป็นวิธีที่ฝึกได้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยการฝึกเทคนิคเพื่อลดความโกรธ</p> <p>การหายใจเข้าลึกๆ เป็นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างหนึ่งซึ่งได้ผลกับร่างกายและจิตใจเมื่อรู้สึกโกรธหรือวุ่นวายใจ จะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงเครียด เหงื่อออก ซึ่งเทคนิคการหายใจเข้าลึกๆ จะช่วยลดการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ เช่น การ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การบำบัด</b> <b>(Intervention) (ต่อ)</b></p>	<p>หายใจ การเดินของหัวใจ การไหลเวียนโลหิต และยังสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก หรืออารมณ์ทางลบ และความกังวลได้ การนับในใจ ช่วยหันเหความสนใจต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นได้สามารถทำได้ในใจ หรือกระซิบเบาๆ โดยกำหนดจำนวนนับให้สอดคล้องกับเวลาที่ จะทำให้ความโกรธลดลงหรือทำให้สงบลงได้</p> <p>การคิดจินตนาการถึงสิ่งที่ดีๆ มีความสุขช่วยให้มีสติ และสงบได้</p> <p>การออกจากสถานการณ์กระตุ้น เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและป้องกันการแสดงความโกรธออกมา ผู้ศึกษากระทำโดยการใช้ตัวแบบ และให้ผู้ป่วยฝึกกระทำซ้ำๆ ในการควบคุมความโกรธ เกิดปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม จากการแสดงบทบาทสมมติ และจากการอภิปรายร่วมกัน</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b></p> <p>การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์อื่น โดยให้ผู้ป่วนำสถานการณ์ที่เคยทำให้เกิดความโกรธของผู้ป่วนำมาแสดงบทบาทและเลือกใช้วิธีการควบคุมความโกรธที่เหมาะสมสำหรับตนเองตามที่ได้เรียนรู้และได้รับการฝึกมาใช้ในสถานการณ์นั้น</p> <p>การให้สถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกคิดก่อนว่าเมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นแล้วจะอย่างไร จากนั้นจึงฝึกให้กระทำโดยใช้เทคนิคการสอนการใช้ตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปราย การให้ข้อมูล ป้อนกลับ การฝึกทำซ้ำๆ และการประยุกต์ใช้จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>การใช้เทคนิคเหล่านี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการสังเกต และฝึกกระทำ เช่น เมื่อมีความโกรธควรจะทำอย่างไร และจะพูดเพื่อแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรู้ว่าโกรธได้อย่างไร เกิดการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม Bandura (1989) กล่าวว่า การเรียนรู้ของเราส่วนใหญ่เกิดจากการสังเกตตัวแบบ การเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบสามารถถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออก</p>
<p><b>ระเบียบวิธีวิจัย</b></p>	<p>One group pre-post test</p>
<p><b>ระดับของงานวิจัย</b></p>	<p>ระดับ 6</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	<p>ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแสดงความโกรธโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มการควบคุมความโกรธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานงานวิจัย ค่าเฉลี่ยของคะแนนการควบคุมความโกรธ (anger control) ของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มการแสดงความโกรธ และในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มการควบคุมความโกรธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการควบคุมความโกรธ ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความโกรธโดยทั่วไปลดลงมีคะแนนการควบคุมความโกรธและคะแนนความรู้ในการควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้น ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์</p>
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในหน่วยงานของผู้ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการจัดการความโกรธ อันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและทักษะในการจัดการความโกรธที่ไม่เหมาะสม ทำให้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งคลินิกที่ให้บริการ การช่วยให้ผู้ป่วยระงับความโกรธได้ตั้งแต่แรกเริ่มมีประโยชน์อย่างมหาศาล ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการควบคุมความโกรธ (anger control) เพิ่มขึ้น คะแนนการแสดงความโกรธ (anger expression) ลดลงหลังการบำบัด</p> <p>เป็นงานวิจัยที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้เนื่องจากบริบทคล้ายคลึงกัน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</b></p>	<p>กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและ setting งานวิจัยมีบริบทคล้ายคลึงกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับท้องถิ่น มีความน่าเชื่อถือน้อยและงานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาอิสระ ทีมผู้วิจัยทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง</p> <p>งานวิจัยไม่ได้รายงานว่าได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากที่ใด ชื่อเรื่อง แสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนคือ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มควบคุมความโกรธ ต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท มีสมมุติฐาน คือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ สามารถควบคุมความโกรธได้มากขึ้น</p> <p>งานวิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความโกรธ การแสดงความโกรธ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน นอกจากนั้นแล้วเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย</p> <p>ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยคือผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมความโกรธได้ดีขึ้น</p>
<p><b>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</b></p>	<p><b>1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)</b></p> <p>งานวิจัยมีความเหมาะสมกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ลดการแสดงความโกรธในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงลักษณะคล้ายคลึงกัน ในการปรับความคิดและพฤติกรรม เพิ่มทักษะการจัดการความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาคูณาภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p><b>2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)</b></p> <p>งานวิจัยมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงาน เพราะพยาบาลมีอำนาจเต็มทีในการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการไม่ยุ่งยากเหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมกลุ่มมีการปรับปรุงมาต่อเนื่องผู้เข้ารับการบำบัดและผู้บำบัดมีความพึงพอใจในโปรแกรมอย่างมาก และประเด็นสำคัญกระบวนการบำบัดแบบกลุ่มเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทางจิต ช่วยให้สามารถควบคุมความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานให้ความร่วมมือ และสนับสนุนในการนำโปรแกรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สามารถนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติกลุ่มกิจกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน ไม่เพิ่มภาระงานประจำ แต่พยาบาลจำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมในการใช้โปรแกรมก่อน</p> <p><b>3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</b></p> <p>กิจกรรมในโปรแกรมไม่ทำให้เกิดอันตรายใดๆ กับผู้ป่วยและบุคลากร แต่จะได้ประโยชน์และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการเพิ่มทักษะในการควบคุมความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจากรูปแบบเดิม ไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายและงานประจำ</p> <p>งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมักแสดงความโกรธด้วยความก้าวร้าว จนถึงพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความโกรธของตนเองได้ อันเนื่องจาก ความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนการรู้คิด พฤติกรรม ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวนร่วมกับความด้อยประสบการณ์ที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และการควบคุมอารมณ์ การมองตนเองและผู้อื่นในแง่ลบ ขาดการแปลความเจตนาของผู้อื่น พุดถึงตนเองในแง่ลบ ขาดทักษะพื้นฐาน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)</b></p>	<p>ในการแก้ปัญหา ด้วยความสามารถในการพิจารณาถึงผลของการกระทำ มีการแสดงออกทางสังคมที่ไม่เหมาะสม ถึงแม้จะมีความคิดที่จะควบคุมความโกรธ แต่ด้วยขีดจำกัดในการควบคุมจึงไม่สามารถที่จะระงับความโกรธ จึงแสดงความโกรธออกมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง</p> <p>จากผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการควบคุมความโกรธ ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความโกรธโดยทั่วไปลดลง มีคะแนนการควบคุมความโกรธและคะแนนความรู้การควบคุมความโกรธเพิ่มขึ้นในระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์</p>
<p><b>การสรุปเพื่อนำไปใช้</b></p>	<p>ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าการฝึกผู้ป่วยจิตเภทให้รู้จักการควบคุมความโกรธ ทำให้เกิดทักษะทางปัญญาที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักยับยั้งที่จะแสดงความโกรธออก และพิจารณาถึงวิธีการแสดงออกอื่นๆ ที่เป็นพฤติกรรมที่สร้างสรรค์มากกว่าที่จะก้าวร้าว พิสูจน์ให้เห็นว่าความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถเปลี่ยนได้ (Novaco, 1975) ซึ่งตอบสนองกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข</p>

## เรื่องที่ 5

## ชื่อเรื่อง

A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioral anger management group for clients with learning disabilities

## ผู้แต่ง

Paul, W., Jessica, J., Rachel, T., & Gill, G.

## แหล่งที่พิมพ์

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Volume 15, 224-235. (2002).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดการจัดการกับความโกรธในผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับอ่อน (mild) ซึ่งเป็นการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม โดยใช้แนวคิดของ Novaco แต่ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง (9 sessions) อาจจะสั้นกว่าที่ผู้อื่นเคยทำมา
ทุน	ไม่ระบุทุน
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุสมมติฐาน
Setting งานวิจัย	Llwyneryr Unit, Department of psychology, Bro Morgannwg NHS Trust, 151 Clasmont Road, Morriston, Swansea SA6 7AH, UK.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง</p> <p><b>เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) อายุเฉลี่ย 18-55 ปี</li> <li>2) ผู้ป่วยบกพร่องในการเรียนรู้ในระดับอ่อน (mild)</li> <li>3) Refer มาจาก Community support teams 3 แห่ง เพื่อบำบัดเรื่องการจัดการกับความโกรธ (anger management) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว</li> <li>4) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมจนสิ้นสุดโปรแกรม</li> </ol> <p><b>เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ให้คะแนนแยกแยะความรู้สึกของภาพสีหน้าของกาตุคนที่แสดงความรู้สึกโกรธได้</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>Community support teams 3 แห่งที่มีการสนับสนุนให้มีการส่งต่อผู้ที่อาจได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่มการจัดการกับความโกรธที่ได้รับจดหมายเวียนและได้ส่งรายชื่อสมาชิกมาทั้งหมด 21 คน มี 2 คนที่ปฏิเสธ และมี 3 คนที่ถูกกลองความเห็นว่าจะไม่เหมาะสม จึงเหลือเพียง 16 คนที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัด (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มเข้าคิวรอการบำบัด (กลุ่มควบคุม) และมีการออกจากกลุ่มก่อนสิ้นสุดการทดลอง 2 คน สุดท้ายจึงมีการรายงานผลเพียง 14 คน จากสองกลุ่มที่ได้รับการประเมินทั้งก่อนและหลังการทดลอง</p> <p>ลักษณะทั่วไปทางประชากร ของทั้งสองกลุ่ม โดยทั้งสองกลุ่มจะพยายามจับคู่กันให้ได้มากที่สุดในเรื่องของอายุ, IQ และการให้คะแนนความโกรธก่อนการทดลอง</p>
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของทั้งสองกลุ่ม ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) An anger inventory (AI) (Benson &amp; Ivins, 1992) (มี 34 คำถาม)</li> <li>2) A Provocation index (PI) (Novaco, 1994) (มี 25 คำถาม)</li> </ol> <p>ทั้งสองแบบวัดประกอบด้วยการเรียงลำดับสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกันที่จะสามารถกระตุ้นให้เกิดความโกรธได้ ซึ่งมีที่ข้อคำถามทับซ้อนกันบ้างเล็กน้อย แต่ละสถานการณ์จะมีคะแนนให้ตอบ 4 ค่า (คะแนนจาก 0-3) ซึ่งเป็นจำนวนครั้งของความโกรธที่ถูกกระตุ้น สถานการณ์ที่แตกต่างกันเหล่านี้ผู้บำบัดจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยให้ลงคะแนนความโกรธตรงตามที่ผู้ป่วยรู้สึกในแต่ละสถานการณ์ โดยใช้รูปการ์ตูนที่เป็นหน้าคนแสดงให้เห็น 4 ภาพคือ “ไม่โกรธ” (not angry) “โกรธนิดหน่อย” (a little bit angry) “โกรธจริงๆ” (quite angry) “โกรธมาก” (very angry)</p> <p>ก่อนที่จะเริ่มโปรแกรมบำบัด, ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยอธิบายการ์ตูน 4 หน้าเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และมีผู้ป่วยหนึ่งคนที่ไม่สามารถอธิบายได้ จึงถูกตัดออกจากขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยที่เหลือคนอื่นๆ ทำการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน รวมถึงสถานการณ์ที่พวกเขาอาจไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนด้วย แต่หากข้อใดที่ดูเหมือนมันจะไม่มีทางเป็นไปได้ ข้อนั้นก็จะถูกตัดออกไม่นำมาคิดคะแนน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</b>	<p>นอกจากนี้แบบสอบถามทั้งสองชุด ยังต้องมีการสัมภาษณ์ในผู้ดูแลด้วย (พ่อแม่, คนที่อาศัยอยู่ด้วยกัน, หรือบุคลากรที่ดูแลในช่วงกลางวัน หรือ case manager) ซึ่งผู้บำบัดจะให้ผู้ดูแลประเมินความโกรธของผู้ป่วยที่เขาแสดงในแต่ละสถานการณ์ โดยใช้ภาพการ์ตูนเช่นเดียวกัน โดยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลก่อน แล้วจึงสัมภาษณ์ผู้ป่วย</p> <p>ในการประเมินต้องทำรายการให้สมบูรณ์ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งประเมินอย่างเป็นอิสระต่อกัน</p> <p>การประเมิน IQ สำหรับผู้ป่วยซึ่งได้ถูกประเมิน IQ ไว้เมื่อสามปีก่อน โดยใช้ the Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised (WAIS-R) หรือ third edition (WAIS-III) จะมีคะแนนที่ได้มาจากเพิ่มผู้ป่วย (n = 4) ส่วนผู้ป่วยที่เหลือประเมิน IQ ในช่วงระหว่างที่ทำการศึกษา (n = 10) โดยใช้ the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) มีผู้ป่วยหนึ่งคนในกลุ่มควบคุมปฏิเสธที่จะทำการประเมิน IQ ในระหว่างการประเมิน session เบื้องต้น</p> <p>ผู้ป่วยจะมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย</p> <p>ในช่วงระหว่าง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่ม intervention, ผู้ป่วยทุกคนทั้งสองกลุ่มจะต้องทำแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่ An anger inventory (AI) และ A provocation index (PI) คะแนนที่ได้จากการทำแบบสอบถามทั้งสองชุดจะนำไปหาความสัมพันธ์กับการรายงานระดับของความก้าวร้าวที่ประเมินโดยทีมผู้ดูแล แต่จะไม่มีการแสดงข้อมูลการวัดระดับสภาพจิตในทั้งสองตัววัด</p>
<b>การบำบัด (Intervention)</b>	<p>โปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม ใช้เวลาต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้งรวม 9 สัปดาห์ (หรือ 9 sessions) ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง</p> <p>กิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย</p> <p>การระดมสมอง (brainstorming) การเล่นบทบาทสมมติ (role-play) และการให้การบ้าน (homework)</p> <p><b>หัวข้อที่ใช้ในการบำบัด ประกอบด้วย:</b></p> <p>สิ่งกระตุ้นความโกรธ องค์ประกอบทางสรีระและพฤติกรรมของความโกรธ วิธีการทางพฤติกรรมและการรับรู้เพื่อหลีกเลี่ยงความโกรธ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การบำบัด (Intervention) (ต่อ)</b></p>	<p>วิธีการทางพฤติกรรมและการรับรู้เพื่อหลีกเลี่ยงที่จะทำให้เกิดความโกรธ (behavioural and cognitive strategies to avoid the build-up of anger and for coping with anger-provoking situations)</p> <p>ซึ่งดำเนินการโดยนักจิตวิทยา 2 คน (ชายหนึ่งหญิงหนึ่ง แต่ในสอง sessions แรก) จะมีผู้ช่วยอีก 1 คนซึ่งเป็นผู้หญิงร่วมด้วย</p> <p>ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มโดยลำพังหรือมีญาติ / ผู้ดูแลเข้าร่วมด้วยก็ได้ ซึ่งจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยให้เข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มมากขึ้น และอาจมีการแบ่งกลุ่มย่อยสำหรับผู้ที่มีญาติเข้าร่วมด้วย</p> <p>ในทุกๆ sessions เราจะเริ่มด้วยการ warm-up exercise และมีการพักช่วงเวลาด้วยการมี tea/coffee break เมื่อเสร็จสิ้นใน session แรก ผู้เข้าร่วมจะได้รับการสอนหรือฝึกเรื่องการผ่อนคลาย (relaxation exercise), และแนะนำให้ไปใช้ที่บ้าน หัวข้อที่บรรจุไว้ในทุกๆ sessions ได้แก่ เป้าประสงค์และกฎการเข้ากลุ่ม, ตัวการหรือปัจจัยที่จะกระตุ้นให้เกิดความโกรธ องค์ประกอบทางร่างกายและพฤติกรรมของความโกรธ กลวิธีทางพฤติกรรมและการรับรู้ซึ่งจะทำให้หลีกเลี่ยงการสร้าง ความโกรธขึ้นมาได้ ตลอดจนการจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ, และวิธีการแสดงความโกรธที่เป็นที่ยอมรับ (assertiveness)</p> <p>การนำเสนอจะมีทั้งจากการระดมสมองกันอย่างหนัก (heavily on brainstorming) (เช่น อะไรทำให้พวกเราโกรธ?) และตามด้วยการแสดงบทบาทสาธิต session 2-9 จะมีการทบทวนแก้ไขบทเรียนในสัปดาห์ที่ผ่านมา และทุกๆครั้งหรือทุกสัปดาห์จะมีการบ้านให้ผู้เข้าร่วมนำกลับไปฝึกปฏิบัติ ทั้งกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการบันทึกเหตุการณ์ "การทะเลาะวิวาท" (hassle log) ที่เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่ทำให้พวกเขาารู้สึกโกรธ จากนั้นจะนำมาปรึกษาหารือกันในกลุ่มใน session ถัดไป</p> <p>และการจัดการกับความโกรธในสถานการณ์ที่มีการกระตุ้น และการแสดงออกซึ่งความโกรธในวิถีทางที่เป็นที่ยอมรับ (acceptable ways of displaying anger assertiveness)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย	RCT
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	<p>จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัด (A cognitive-behavioural anger management group) มีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมากในการให้คะแนนความโกรธ ทั้งในด้านการประเมินโดยตนเองและผู้ดูแล และสามารถคงอยู่ได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง และคะแนนช่วงติดตามผล 3 เดือน (การพัฒนาที่ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองประมาณ 50%)</p> <p>เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของตัวเองก่อนการบำบัดและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมภายหลังการบำบัด อาการที่ดีขึ้นภายในกลุ่มทดลองอยู่ที่ค่า effect size 'moderate' (0.68 SD) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอาการที่ดีขึ้นจะมีค่า effect size ตกอยู่ที่ 'large' (1.76 SD) ระดับของการพัฒนาระหว่างการทดลองมีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่าง verbal IQ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นว่ามีอาการคืออยู่นานเมื่อติดตามผลไปสามเดือนเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของตนเองเมื่อก่อนบำบัด</p> <p>สรุป: การบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดความโกรธ สำหรับการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม</p> <p>การประเมินผลจากการวิเคราะห์เบื้องต้น พบว่ามีความแปรปรวนอย่างมีนัยสำคัญในปฏิสัมพันธ์ระหว่าง group x time (<math>F(1,12) = 9.29, P &lt; 0.01</math>), ซึ่งเป็นการสะท้อนความจริงที่ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความโกรธลดลงเมื่อติดตามการรักษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ไม่พบปัจจัยอื่นที่มีนัยสำคัญทั้งในแง่ของเวลาและกลุ่ม (maximum <math>F = 2.1</math>), ซึ่งบ่งชี้ว่าอิทธิพลเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างสิ่งประกอบของการประเมิน เมื่อวิเคราะห์ต่อไปอีก จะเป็นการยืนยันได้ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Group x Time มีนัยสำคัญเมื่อทำการวิเคราะห์แยกแยะระหว่างการให้คะแนนของผู้ป่วยและญาติ และมีนัยสำคัญในสามองค์ประกอบของการประเมินกับมีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญ (<math>P &lt; 0.08</math>)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>ในองค์ประกอบที่สี่ ที่สุดแล้วเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนในแต่ละเครื่องมือก่อนและหลังการทดลอง (t-tests) พบว่าการให้คะแนนความโกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสี่การวัดในกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่ 1, การให้คะแนนของผู้ป่วยและญาติโดยส่วนใหญ่แล้วจะใกล้เคียงกันเมื่อดูค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม</p> <p>แม้ว่าจะพบความแปรปรวนบางอย่างที่ระดับปัจเจกบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่นความสัมพันธ์ระหว่างสองเครื่องมือวัดไม่ได้มีระดับนัยสำคัญที่ชัดเจน (<math>r(14) = 0.51, P = 0.062</math>) การให้คะแนนของผู้ป่วยและญาติมีความแตกต่างกันมากขึ้นในช่วงเวลาที่ 2 ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน, พบว่าส่วนใหญ่มีระดับนัยสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Respondent x Time (<math>F(1,12) = 4.76, P = 0.052</math>) และ Questionnaire x Time (<math>F(1,12) = 4.76, P = 0.05</math>), ซึ่งสะท้อนความเป็นจริงว่า ในช่วงเวลาที่ 2 การให้คะแนนของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเล็กน้อยในภาพรวมมากกว่าการให้คะแนนของญาติและ Anger inventory scores มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเล็กน้อยในภาพรวมมากกว่า Provocation index scores. Effects เหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการให้คะแนนของผู้ป่วยในส่วนของ Anger inventory ในกลุ่มควบคุม</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<p>เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในหน่วยงานของผู้ศึกษา คือผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ มีปัญหาในการจัดการความโกรธและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน การบำบัดต้องใช้ระยะเวลาานโปรแกรมบำบัด Cognitive-behavioral anger management group ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มโดยลำพังหรือมีญาติ / ผู้ดูแลเข้าร่วมด้วยก็ได้ รูปแบบของ Intervention เหมาะสมกับผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความโกรธลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง และคะแนนช่วงติดตามผล 3 เดือน</p> <p>เป็นงานวิจัยที่พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจนำไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม ลดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง คือ Journal of applied research in intellectual disabilities. ผู้วิจัยทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง แสดงให้เห็นถึงการนำเสนอผลของ treatment การจัดการกับความโกรธในผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในระดับอ่อน (mild) มีการระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความโกรธอย่างกว้างขวาง ทันสมัย ระบุการจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มด้วยการสุ่ม เครื่องมือการประเมินชัดเจน</p> <p>โปรแกรมที่นำเสนอในบทความนี้เป็นการใช้ 1) โปรแกรมบำบัด Cognitive-behavioral anger management group โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด ใช้แนวคิดของ Novaco ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มโดยลำพังหรือมีญาติ / ผู้ดูแลเข้าร่วมด้วยก็ได้</p> <p>จุดอ่อนงานวิจัยนี้คือมีขนาดตัวอย่างเล็ก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินไม่ใช่เครื่องมือที่ดีที่สุด ตราบใดที่ยังมีการประเมินเพียงส่วนเดียวของ intervention ข้อคำถามประเภท ‘what if?’ ซึ่งไม่ใช่การประเมิน coping skills โดยตรง อาจใช้การเล่นบทบาทสมมติในกรณีผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และเป้าหมายของการบำบัดต้องเพียงแต่ระงับความโกรธ แต่ต้องให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความโกรธได้เหมาะสมด้วย การประเมิน assertiveness ยังน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากขาดผลงานที่ตีพิมพ์เกี่ยวข้อง</p> <p>งานวิจัยนี้ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม คือ ได้แก่ 1) An anger inventory (AI) (Benson &amp; Ivins, 1992) และ 2) Provocation index (PI) (Novaco, 1994) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย คือ คะแนนความโกรธลดลงหลังการบำบัด</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p>1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)</p> <p>เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานในการลดความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเกิดการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่อง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(ต่อ)</p>	<p><b>2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)</b></p> <p>พยาบาลสามารถการบำบัดการจัดการความโกรธได้ เป็นการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม และต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการนำงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p><b>3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</b></p> <p>แนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย และเป็นการบำบัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้ผลดี เป็นการช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช</p>
<p>สรุปการนำไปใช้</p>	<p>งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการวินิจฉัยว่า learning disabilities เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการฝึกการจัดการความโกรธอย่างมีโครงสร้างของประสบการณ์ความโกรธในแต่ละบุคคล</p> <p>โปรแกรมการบำบัดนี้บำบัดได้โดยพยาบาล ใช้ระยะเวลาสั้น การบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นการบำบัดตามแนวคิดของ Novaco เป็นการฝึกการจัดการกับความโกรธแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยจิตเวช</p>

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง

**Anger management training: the effects of a structured programme on the self-reported anger experience of forensic inpatients with learning disability**

ผู้แต่ง

**Burns, M., Bird, D., Leach, C., & Higgins, K.**

แหล่งที่พิมพ์

**Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Volume 10, 569-577.**

**(2003).**

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	วัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้ 1) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการฝึกการจัดการความโกรธอย่างมีโครงสร้างในเรื่องของประสบการณ์ความโกรธในแต่ละบุคคล 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการฝึกการจัดการความโกรธอย่างมีโครงสร้างในเรื่องของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง
ทุน	ไม่ระบุ
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Setting งานวิจัย	South West Yorkshire Mental Health NHS Trust, Wakefield, UK.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง <b>เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)</b> 1) ผู้ป่วยบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning disability) 2) จากศูนย์ความผิดปกติทางการเรียนรู้ของ Regional Medium Secure Forensic Psychiatric Hospital. ถูกประเมินและได้รับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและความผิดปกติทางการเรียนรู้ 3) ผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกว่ามีความเหมาะสมในการบำบัดจัดการความโกรธ 4) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดจนสิ้นสุดโปรแกรม 5) เพศชายอายุระหว่าง 33-37 ปี (อายุเฉลี่ย 35 ปี 5 เดือน) 6) ผู้ป่วยทั้งสามคนอยู่ในส่วนของ Part III of the 1983 Mental Health Act, สองในสามมีคำสั่งควบคุมพฤติกรรม (section 37/41) การกระทำผิดของคนทั้งสามคือ การลอบวางเพลิง และการกระทำอนาจาร 7) วินิจฉัยโรคร่วม Borderline learning disability, บุคลิกภาพผิดปกติ

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>แยกตัวจากสังคมตามเกณฑ์ของ ICD-10 และ Bipolar affective disorders</p> <p>8) ในช่วงที่ทำการศึกษาผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลที่มีการดูแลความผิดปกติในระดับปานกลางเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปี 5 เดือนจนถึง 6 ปี 5 เดือน (ระยะเวลาเฉลี่ยคือ 3 ปี 4 เดือน)</p> <p><b>Ethical considerations</b></p> <p>โครงร่างวิจัยนี้ได้นำเสนอทั้ง The trust’s project approval group และ the District research ethics committee ซึ่งได้รับการอนุมัติจากทั้งสองสถาบัน ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลและคำชี้แจงต่างๆ โดยละเอียดและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นที่เรียบร้อย</p>
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p><b>เครื่องมือที่ใช้</b></p> <p>ประเมินทั้งก่อนบำบัด, ระหว่างบำบัด และหลังการบำบัด ได้แก่</p> <p><b>1) The Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1991)</b></p> <p>The NAS ได้รับการออกแบบสำหรับใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต, มีการประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน ซึ่งจะประเมินความโกรธของบุคคลทั้งในระดับของความโกรธและระดับสถานการณ์ที่มากระตุ้น</p> <p>ส่วน A ประกอบด้วยการประเมินทางคลินิก ซึ่งมี 3 โดเมนแยกกัน (การรับรู้, การกระตุ้น, และพฤติกรรม) แต่ละโดเมนมีอีก 4 subscale ย่อย</p> <p>ส่วน B เป็นส่วนของข้อมูลหรือดัชนีความโกรธ, การแสดงถึงระดับของความโกรธของบุคคล กับระดับของสถานการณ์ที่มากระตุ้น</p> <p>ถึงแม้ว่าการรายงานจะแสดงออกในภาพรวมจากส่วน A ไปส่วน B แต่พบว่า มีประโยชน์ในทางปฏิบัติหากจะมีการตรวจสอบแยกกันระหว่าง 2 ส่วน และ The NAS ได้รับการพิสูจน์ให้เห็นถึงความมีค่าความเชื่อมั่นภายในในระดับสูง และมีอำนาจเพียงพอต่อการทดสอบ (Novaco, 1995)</p> <p><b>2) The Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2; Spielberger, 1996)</b></p> <p>The STAXI-2 เป็นการประเมินลักษณะเฉพาะของความโกรธที่มีอยู่ของบุคคล (static trait anger) ซึ่งตรงข้ามกับสภาพความโกรธที่มีความผันแปรขึ้นลง ซึ่งจะวัดได้จากความสามารถในการควบคุมและการแสดงออกซึ่งความโกรธของบุคคล</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>เครื่องมือนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย มีการทดสอบค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงมาแล้ว (Spielberger, 1996)</p> <p>ในการศึกษานี้เราใช้ Anger expression index (AX-I) ซึ่งจะเป็นการวัดภาพรวมของการแสดงออกและการควบคุมความโกรธของบุคคล โดยดูจากการตอบสนองใน 4 subscales ย่อยที่จะวัด anger expression และ anger control</p> <p><b>3) The modified overt aggression scale (MOAS; Kay et al., 1988)</b></p> <p>The MOAS ได้ถูกพัฒนามาเพื่อประเมินธรรมชาติและ ความชุกของการแสดงความก้าวร้าวในกลุ่มประชากรที่ป่วยทางจิต อับัติการณ์ที่รายงานมักต่ำกว่าที่เกิดจริงในเรื่องของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา การทำลายทรัพย์สินสิ่งของ และการพยายามทำร้ายร่างกายหรือการข่มขืน มักจะถูกละเลย The MOAS เป็นตัวแทนการรายงานความก้าวร้าวที่เปิดเผยได้อย่างความสมดุล แต่มีข้อจำกัดในเรื่องการยอมรับซึ่งเป็นผลจากความเป็นนามธรรมเหล่านั้น</p> <p><b>การเก็บข้อมูล (Data collection)</b></p> <p>การศึกษานี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 28 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลาย่อย ได้แก่ ก่อน, ระหว่างและหลังให้ intervention โปรแกรมบำบัดใช้เวลา 12 สัปดาห์ ส่วน 8 สัปดาห์แรกเป็นช่วงการประเมิน pre-test และ 8 สัปดาห์สำหรับการประเมิน post-test ข้อมูลจะถูกรวบรวมในสัปดาห์ที่ 3-10 ระหว่างโปรแกรมการบำบัดรักษา โดยจะมีข้อมูลอยู่ 8 จุดในแต่ละช่วงเวลา ในแต่ละการประเมิน ผู้ป่วยจะต้องทำ the NAS และ the STAXI-2 ส่วน the MOAS จะประเมินความก้าวร้าวที่แสดงออกมาของผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละสัปดาห์จากผู้บำบัด</p> <p>เนื่องจากระดับสติปัญญาของผู้ป่วยแต่ละคน การทำ The NAS และ the STAXI-2 จะถูกอ่านออกเสียงดังๆในแต่ละข้อคำถามให้ผู้ป่วยตอบ และตามด้วยการตอบข้อสงสัยที่เข้าใจยากของคู่มือ the STAXI-2 การตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการจดบันทึกไว้</p> <p>ข้อมูลที่รวบรวมมาได้จาก The NAS, STAXI-2 และ MOAS ได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time series analysis) ซึ่ง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</b></p>	<p>เป็นเทคนิคทางสถิติซึ่งสามารถใช้ในข้อมูลกลุ่มเล็กๆเพื่อประเมินประสิทธิผลของ treatment interventions ค่าสถิติ C ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มข้อมูล ตรรกะพื้นฐานของสถิติตัวนี้เหมือนกับเป็นการหาข้อมูลที่ซ่อนอยู่ภายใต้การมองเห็นนั่นเอง ซึ่งความแปรปรวนของจุดข้อมูลที่เกิดขึ้นเป็นลำดับจะถูกประเมินความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ลาดเอียง (slope) จากระยะที่หนึ่งของการทดลองไปสู่ระยะอื่น ซึ่งจะทำให้ทั้งการทดสอบแนวโน้มสำหรับแต่ละช่วงเวลาและการเปรียบเทียบการจับคู่ของช่วงเวลามีความสัมพันธ์กับแนวโน้ม background ในแต่ละคน ซึ่งค่าสถิติ C จะถูกคำนวณโดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์</p> <p>การวิเคราะห์สามเครื่องมือคือการใช้ Combined S test ซึ่งเป็นการทดสอบความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาสำหรับกลุ่มของผู้ป่วยสามคน ร่วมกับการทดสอบรายบุคคล ของผู้ป่วยแต่ละคนโดยแยกกัน การทดสอบรายบุคคลนี้ทำเหมือนกับที่ใช้สถิติ C แต่เน้นที่ค่าเฉลี่ยที่มากขึ้นระหว่างช่วงเวลา และใช้ Mann-Whitney test สำหรับข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคนในระหว่าง 2 ช่วงเวลามาเปรียบเทียบกัน แม้ว่าโดยปกติแล้ว Mann-Whitney test จะใช้สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลของตัวแปรอิสระระหว่างกลุ่มตัวอย่าง แต่การใช้ในกลุ่มตัวอย่างเดียวสำหรับการประเมินแนวโน้มก็สามารถทำได้ การรายงานทั้งหมดจะมีการวิเคราะห์ความน่าจะเป็นแบบสองทาง การรายงานผลเมื่อทำ Mann-Whitney tests สำหรับผู้ป่วยรายบุคคล ใช้ z-scores เป็นส่วนหนึ่งในการคำนวณ Combined S test แต่รายงานระดับความน่าจะเป็นจากพื้นฐานตารางสถิติ</p>
<p><b>การบำบัด (Intervention)</b></p>	<p><b>โปรแกรมการบำบัด</b></p> <p>การฝึกจะใช้เวลาหนึ่งวันต่อสัปดาห์ โดยแยกออกเป็น 2 sessions ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 2 ชั่วโมงครึ่ง การบำบัดรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์</p> <p>โปรแกรมดำเนินการโดยผู้เขียนสองคนเป็น Registered Nurse (M.B.) และ State Registered Occupational Therapist (K.H.) ลักษณะของโปรแกรมเป็นโปรแกรมแบบมีโครงสร้าง ซึ่งมีคู่มือกำกับ พัฒนาโดย (Williams &amp; Barlow, 1998)</p> <p>ส่วนประกอบสำคัญของโปรแกรมคือ ธรรมชาติของความคิดและ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การบำบัด</b> <b>(Intervention) (ต่อ)</b>	<p>พฤติกรรม วัตถุประสงค์หลักคือ การเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยในวิธีการคิด ความรู้สึก และ</p> <p>พฤติกรรม จะถูกเชื่อมโยงและทำให้เกิดทักษะในทางปฏิบัติซึ่งจะทำให้พวกเขาปรับวิธีการตอบสนองความโกรธได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาในการบำบัดทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดย</p> <p>Session แรก ให้ความสนใจในเรื่องธรรมชาติและการทำหน้าที่ของความโกรธ</p> <p>Session ย่อยถัดมา เป็นเรื่องของ การค้นหาธรรมชาติของความเชื่อที่มีผลต่อความโกรธ และความสำคัญของความคิดที่จะควบคุมและการจำแนกอาการแสดงออกทางกายเมื่อเกิดความโกรธ</p> <p>session สุดท้าย เป็นการค้นหาสถานการณ์ที่นำไปสู่ความโกรธ, รูปแบบการดำเนินชีวิตและการพัฒนาแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</p>
<b>ระเบียบวิธีวิจัย</b>	Case control
<b>ระดับของงานวิจัย</b>	ระดับ 4
<b>ผลการวิจัย</b>	<p>ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์ทางคลินิกบางประการในการฝึกการจัดการกับความโกรธแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในซึ่งมีความสามารถในการเรียนรู้ก่อน</p> <p><b>1) ผู้ป่วยคนที่ 1</b></p> <p>พบว่าได้ประโยชน์ชัดเจน ด้วยคะแนนที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญใน NAS และ MOAS ตลอดจนคะแนนที่พบว่ามีการพัฒนาขึ้นใน STAXI-2 คะแนนของ NAS เมื่อติดตามระหว่างที่ทำ intervention พบว่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แตกต่างกับเมื่อตอนทำ pre-test</p> <p><b>2) ผู้ป่วยคนที่ 2</b></p> <p>พบว่ามีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจนใน STAXI-2 ในทุกขั้นตอนซึ่งไม่ซ้ำกับใน NAS ซึ่งบางทีอาจสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาเรื่องการควบคุมและการแสดงความโกรธของผู้ป่วยคนนี้ (ซึ่งเป็นดัชนีบ่งชี้ของ STAXI-2) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงในสถานการณ์ที่มีประสบการณ์ความโกรธเมื่อดูจากคะแนน NAS</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	<p><b>3) ผู้ป่วยคนที่ 3</b></p> <p>พบว่ามีความเครียดเพิ่มขึ้นตลอดทุกช่วงเวลาทั้ง NAS และ STAXI-2 อาจเนื่องจากสภาวะทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยคนนี้เสื่อมลงระหว่างการบำบัด</p>
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<p>เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในหน่วยงานของผู้ศึกษา คือผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ มีปัญหาในการจัดการความโกรธและส่งผลกระทบหลายด้าน โปรแกรมบำบัด Anger management training มีโครงสร้างแบบกลุ่มบำบัดเป็นการฝึกการจัดการกับความโกรธแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ปวยนิติจิตเวช รูปแบบของ Intervention เหมาะสมกับผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมและการแสดงอารมณ์โกรธเพิ่มขึ้นหลังการบำบัด และการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง</p> <p>เป็นงานวิจัยที่พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจนำไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการจัดการความโกรธได้อย่างเหมาะสม ลดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด</p>
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</p>	<p>งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง คือ Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. ผู้วิจัยทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการฝึกการจัดการความโกรธอย่างมีโครงสร้างในเรื่องของประสบการณ์ความโกรธในแต่ละบุคคล และประสิทธิผลของการฝึกการจัดการความโกรธอย่างมีโครงสร้างในเรื่องของพฤติกรรมในผู้ป่วยนิติจิตเวช มีการระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งวัตถุประสงค์การวิจัย และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความโกรธอย่างกว้างขวาง</p> <p>โปรแกรมบำบัด Anger management training โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด ใช้แนวคิดของ Novaco ในการฝึกการจัดการกับความโกรธแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ปวยนิติจิตเวช</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)</p>	<p>งานวิจัยนี้ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสามชนิดสามารถใช้ได้ดีในผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>1) The novaco anger scale (NAS; Novaco, 1991) และ 2) The Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2; Spielberger, 1996) จะให้ภาพ “snapshot” หรือภาพตัดขวางที่แสดงระดับความโกรธของบุคคลที่เวลาเฉพาะ</p> <p>และ 3) The Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay et al., 1988) จะเป็นเหมือนการนึกย้อนอดีต โดยใช้กรณีที่จดจำหรือบันทึกไว้ แต่เน้นที่ช่วงเวลาทั้งสัปดาห์มากกว่าที่จะจำเพาะเวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งทำเช่นเดียวกับอีกสองตัววัด โดย NAS จะเน้นที่ประสบการณ์ความโกรธของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร และเขารู้สึกโกรธอย่างไรในสถานการณ์เฉพาะนั้น ในขณะที่ STAXI-2 จะผสมผสานทั้งการวัดการควบคุมความโกรธและการแสดงความโกรธออกมา หากเป้าหมายของ Intervention คือการลดการควบคุมความโกรธ, STAXI-2 อาจเป็นเครื่องมือวัดที่ดี</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<p>1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)</p> <p>เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานในการลดความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเกิดการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)</p> <p>พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ โดยร่วมกับแพทย์ ในการบำบัด เป็นการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม และต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการนำงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</p> <p>แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย และเป็นการบำบัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้ผลดี เป็นการช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>สรุปการนำไปใช้</b></p>	<p>งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรมเชิงโครงสร้างในการจัดการกับความโกรธ เป้าประสงค์คือการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งมีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยผู้บวบพร่องในการเรียนรู้ (Learning disability)</p> <p>โปรแกรมบำบัด Anger management training มีโครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด ใช้แนวคิดของ Novaco เป็นการฝึกการจัดการกับความโกรธแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้บวบพร่อง</p> <p>ระยะเวลาการบำบัดก่อนข้างต้น โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2.30 ชั่วโมง</p> <p>เครื่องมือที่ใช้วัด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) The Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1991)</li> <li>2) The Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2; Spielberger, 1996)</li> <li>3) The Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay et al., 1988)</li> </ol> <p>สามารถนำไปใช้ได้ เครื่องมือ The Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2; Spielberger, 1996) มีผู้นำมาแปลเป็นภาษาไทยแล้ว</p> <p>การทำ single case study research เป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ในทางกลับกันการทำ single case study research เป็นเรื่องค่อนข้างง่ายในแง่ของวิธีการและประสิทธิผลรายบุคคล แปลผลง่าย การศึกษานี้สามารถทำให้มองเห็นตัวอย่างของ ‘practice-based evidence’ ซึ่งเน้นที่การรวบรวมหลักฐานจากล่างขึ้นบน (bottom-up evidence) ของประสิทธิผลของ interventions ภายใต้เงื่อนไขการดูแลตามปกติ (routine service conditions) เพื่อส่งเสริมให้เกิด ‘evidence-based practice’ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จาก research settings จะถูกนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานที่ปฏิบัติงานปกติที่อาจแตกต่างกับ research setting</p>

### 3.3 การตั้งเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (Collective table)

เรื่องที่ 1: Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia.

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Chan, H.-Y., Lu, R.-B., Tseng, C.-L., & Chou, K.-R. (2003)	<p><b>Objective</b></p> <p>เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม The Anger control group program ต่อพฤติกรรมการแสดงอารมณ์โกรธของผู้ป่วยจิตเภท</p>	<p><b>Sample</b></p> <p>1) ผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2) อาการทางจิตสงบ</p> <p>ประเมินโดยแบบวัด Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</p> <p><b>Setting</b></p> <p>สถานบริการทาง การแพทย์ Center day care ward ตั้งอยู่ทางตอนเหนือของใต้หวัน</p>	<p><b>Instrument</b></p> <p>เครื่องมือมี 2 แบบวัด</p> <p>1) The Irrational Behavior Scale</p> <p>2) The Anger Expression Inventory of the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)</p>	<p><b>Intervention</b></p> <p>1) โปรแกรมบำบัด The anger-control group program ใช้แนวคิดของ Novaco</p> <p>2) โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด การควบคุมการแสดงอารมณ์โกรธในผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>3) ใช้หลักการจัดการรู้คิด และฝึกการแนะนำตนเอง การผ่อนคลาย ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหา และอื่นๆ ในการจัดการอารมณ์โกรธ</p> <p>ระยะเวลาการบำบัดโปรแกรมบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที</p>	<p><b>Outcome</b></p> <p>1) การควบคุมความโกรธ (anger Control) เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด</p> <p>2) การแสดงอารมณ์โกรธ (anger expression) ลดลงหลังการบำบัด</p> <p>3) การตีความโกรธไว้ภายใน (anger in) และการแสดงอารมณ์โกรธภายนอก (anger out) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>

รื่องที่ 2: Anger management: A holistic approach

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Dunbar, B. (2004)	<p>1) เพื่อนำเสนอโปรแกรมบำบัดการจัดการความโกรธอย่างครอบคลุมที่ได้จากการพบทวารรณกรรมและประสบบการณ์การจัดกลุ่มการจัดการความโกรธมา 12 ปี</p> <p>2) เพื่อนำโปรแกรมพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดการ approach แบบองค์รวมในการบำบัดการจัดการความโกรธ</p>	<p><b>Sample</b></p> <p>1) ผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>2) ไม่มี acute psychotic, อารมณ์โกรธรุนแรงมาก, manic, ซึมเศร้าอย่างรุนแรง, ตัดศูรหรือยอบบางชนิด หรือไม่มีบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางถึงขั้นรุนแรง</p> <p>3) มีสมบถในการเข้ากลุ่มเวลา 1 ชั่วโมง</p> <p><b>Setting</b></p> <p>The Mental Health clinic at the James A. Haley Veterans Hospital, Tampa, FL.</p>	<p><b>Instrument</b></p> <p>Anger Management Self- Assessment Scale (AMSAS)</p>	<p><b>Intervention</b></p> <p>1) โปรแกรมบำบัด Anger management: A holistic approach</p> <p>2) ใช้หลักการของ Cognitive-behavior treatments ร่วมกับ 12 แนวคิด</p> <p>3) โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด หลักการให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก และพฤติกรรมจัดการความโกรธอย่างมีคุณภาพ</p> <p><b>ระยะเวลาการบำบัด</b></p> <p>โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง</p>	<p>1) จัดการความโกรธได้อย่างมีคุณภาพ</p> <p>2) จำเนกถึงกระตุ้นความโกรธและระบุนอารมณ์เบื้องต้นของความโกรธได้ดีขึ้น</p> <p>3) มีการตอบสนองเองด้วยการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ (assertive) และรู้จักมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น</p> <p>4) สามารถนำมาพบทภสมมติที่ใช้ในกลุ่มไปใช้จริงในสถานการณ์กระตุ้นความโกรธ</p> <p>5) มีส่วนร่วมรายงานความก้าวหน้าในกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมความโกรธได้</p>

เรื่องที่ 3: Managing problematic anger: The development of treatment program for personality disordered patients.

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Jones, D., & Hollin, C.R. (2004)	เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรมการจัดการความโกรธในผู้ต้องคดีที่มีความผิดปกติทางจิตในสถานบำบัดที่มีระบบการดูแลรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด	<p><b>Sample</b></p> <p>1) ผู้ป่วย Personality disorder (PD)</p> <p>2) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ถูกตัดสินลงโทษมาก่อนด้วยเรื่องความรุนแรง ทั้งการฆาตกรรม และการทำร้ายร่างกายผู้อื่น</p> <p>3) ได้รับการส่งต่อจากคลินิกผู้ป่วยด้วยปัญหาความโกรธซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์ทางคลินิก</p>	<p>เครื่องมือทั้งหมด 5 แบบวัด</p> <p>1) State Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)</p> <p>2) Spielberger, 1999 (The STAXI-2)</p> <p>2) Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994) (The NAS)</p> <p>3) Emotion Control Questionnaire (ECQ; Roger &amp; Najarian, 1989) (The ECQ)</p>	<p><b>Intervention</b></p> <p>1) โปรแกรมการจัดการความโกรธ Anger management program ใช้หลักการของ Cognitive-behavior treatments ตามแนวคิดของ Novaco ประยุกต์ใช้ The trans-theoretical model of change (Prochaska &amp; DiClemente, 1984)</p> <p>2) โครงสร้างโปรแกรมแบบกลุ่มบำบัดควบคู่กับการบำบัดรายบุคคล</p>	<p>1) การควบคุมความโกรธ (anger control) เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด</p> <p>2) การเก็บความโกรธไว้ในภายใน (anger in) ลดลงหลังการบำบัด</p> <p>3) การแสดงความโกรธภายนอก (anger out) ลดลงหลังการบำบัด</p> <p>4) ภาวะของความโกรธ (state anger) และ คุณลักษณะของความโกรธ (trait anger) ลดลงหลังการบำบัด</p>

เรื่องที่ 3: Managing Problematic Anger: The Development of treatment program for Personality Disordered Patients. (ต่อ)

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Jones, D., & Hollin, C.R. (2004) (ต่อ)		<p>การทบทวนเพิ่มและการใช้แบบทดสอบทางจิต</p> <p><b>Setting</b></p> <p>Nursing practice department rempton hospital.</p>	<p>4) Aggression Questionnaire (AQ; Bass &amp; Perry, 1992) (The AQ)</p> <p>5) Behavioral Rating</p>	<p>โปรแกรมบำบัดจัดการความโกรธ มี 3 Modules คือ</p> <p>1) Preparing for change (6 session)</p> <p>2) Recognizing and owning anger (16 session)</p> <p>3) Reducing problem anger (14 session)</p> <p><b>ระยะเวลาการบำบัด</b></p> <p>โปรแกรมกลุ่มบำบัดทั้งสิ้น 36 สัปดาห์ และ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง (ควบคู่กับการบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง)</p>	

เรื่องที่ 4: การศึกษาการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
สิรินภา จิตเสถียร (2547)	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา	1) ผู้ป่วยจิตเภท 2) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว 3) คะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน (เป็นอาการระดับเล็กน้อย) 4) คะแนนการแสดงความโกรธออกภายนอก (anger out) มากกว่า 16 คะแนน <b>Setting</b> แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี	เครื่องมือมี 2 แบบวัด 1) แบบวัดความโกรธของ ทักไซนซ์ สัวร์ธ (2542) พัฒนาจากแบบวัดสถานะ-ลักษณะและการแสดง ความโกรธ The State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) ของ Spielberger (1996) 2) แบบวัดความรู้เรื่อง การควบคุมความโกรธ	<b>Intervention</b> 1) โปรแกรมการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 2) โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด ใช้แนวคิดของ Novaco การบำบัดมี 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การเตรียมความคิด ระยะที่ 2 การฝึกซ้อมทักษะการควบคุมความโกรธ ระยะที่ 3 การนำไปใช้ในสถานการณ์จริง <b>ระยะเวลาการบำบัด</b> โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ๆ ละ 2-3 ครั้งๆ ละ ประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง (ใช้เวลารวมทั้งสิ้นประมาณ 10 ชั่วโมง)	1) การควบคุมความโกรธ (anger control) เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด 2) การแสดงความโกรธ (anger expression) ลดลงหลังการบำบัด 3) การเก็บความโกรธไว้ใน (anger in) และการแสดงความโกรธ (anger out) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัด

เรื่องที่ 5: A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioral anger management group for clients with learning disabilities.

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Paul, W., Jessica, J., Rachel, T., & Gill, G. (2002)	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในระดับอ่อนตมแนวคิดของ Novaco ที่ใช้ระยะเวลาสั้น	<p><b>Sample</b></p> <p>1) ผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ (learning disabilities) ระดับอ่อน</p> <p>2) ประวัติมีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>3) Refer มาเพื่อบำบัดความโกรธ</p> <p><b>Setting</b></p> <p>Llwynery Unit, Department of Psychology, Bro Morgannwg NHS Trust, 151 Claeumont Road, Morriston, Swansea SA6 7AH, UK.</p>	<p><b>Instrument</b></p> <p>1) An Anger Inventory (AI) (Benson &amp; Ivins, 1992)</p> <p>2) A Provocation Index (PI) (Novaco, 1994)</p>	<p><b>Intervention</b></p> <p>1) โปรแกรมบำบัด Cognitive-behavioral anger management group</p> <p>2) โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัดใช้แนวคิดของ Novaco</p> <p>3) ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มโดยดีทั้งหรือมีญาติ/ผู้ดูแลเข้าร่วมด้วยก็ได้</p> <p><b>ระยะเวลาการบำบัด</b></p> <p>โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ใจละ 2 ชั่วโมง</p>	<p>คะแนนความโกรธลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง และคะแนนช่วงติดตามผล 3 เดือน</p>

เรื่องที่ 6: Anger management training: the effects of a structured programme on the self-reported anger experience of forensic in patients with learning disability.

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Bums, M., Bird, D., Leach, C., & Higgins, K. (2003)	1) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของวิธีการจัดการอารมณ์ของอย่างมีโครงสร้างของประสิทธิภาพและความโกรธในแต่ละบุคคล 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของวิธีการจัดการอารมณ์ อย่างมีโครงสร้างของประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่าง	Sample 1) ผู้ป่วยบกพร่องในการเรียนรู้ (learning disability) 2) วินิจฉัยร่วมว่าเป็น borderline learning disability, bipolar affective disorder และ dis-social personality disorder 3) ผู้ป่วยมีค่าตั้งควบคุมพฤติกรรม (section 37/41)	เครื่องมือทั้งหมด มี 3 แบบวัด 1) The Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1991) 2) The State-Trait Anger Expression Inventory (Staxi-2; Spielberger, 1996) 3) The modified overt aggression scale (MOAS; Kay et al., 1988)	Intervention 1) โปรแกรมบำบัด Anger management training 2) โครงสร้างแบบกลุ่มบำบัด ใช้แนวคิดของ Novaco ที่เน้นการจัดการจัดการกับความโกรธแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยจิตเวช  ระยะเวลาการบำบัด โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ และ 1 ครั้ง ะ 2.30 ชั่วโมง	1) ผู้ป่วยคนที่ 1 - คะแนน NAS และ MOAS ลดลงหลังการบำบัด - คะแนน Staxi-2 เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด 2) ผู้ป่วยคนที่ 2 - การควบคุมและการแสดงอารมณ์เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด - คะแนน Staxi-2 เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด 3) ผู้ป่วยคนที่ 3 - คะแนน NAS เพิ่มขึ้น - คะแนน Staxi-2 เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด

เรื่องที่ 6: Anger management training: the effects of a structured programme on the self-reported anger experience of forensic in patients with learning disability. (ต่อ)

Authors / Year	Objective	Sample / Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Bums, M., Bird, D., Leach, C., & Higgins, K. (2003) (ต่อ)		4) การกระทำผิดของคนที่สามคือ การลอบวางเพลิงและการกระทำอนาจาร 5) Refer จากศูนย์ความผิดปกติทางการเรียนรู้ของ Regional Medium Secure Forensic Psychiatric Hospital <b>Setting</b> South West Yorkshire Mental Health NHS Trust, Wakefield, UK.			

## สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง พบโปรแกรมการจัดการความโกรธตามแนวคิด CBT ซึ่ง Novaco นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือผู้ป่วยจิตเวชสามารถควบคุมความโกรธได้ดีขึ้น การแสดงความโกรธลดลง การเก็บความโกรธไว้ภายในและการแสดงความโกรธภายนอกลดลง รวมทั้งการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงด้วย โปรแกรมการจัดการความโกรธนั้นมีรูปแบบและการบำบัดในผู้ป่วยที่หลากหลายด้วยกัน ได้แก่ 1) โปรแกรม The anger control group บำบัดในผู้ป่วยจิตเภท 2) โปรแกรม Anger management: A holistic approach บำบัดในผู้ป่วยจิตเวช 3) โปรแกรม Anger management program บำบัดในผู้ป่วย personality disorders 4) โปรแกรม Cognitive behavioral anger management group บำบัดในผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ระดับอ่อน และ 5) โปรแกรม Anger management training บำบัดในผู้ป่วยบกพร่องการเรียนรู้ที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย อีกทั้งมีคำสั่งควบคุมประพฤติก

○ สำหรับโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด ความรู้สึกภายใน และการแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำเป็นต้องใช้การสอนและฝึกซ้อมทักษะการจัดการกับความโกรธอย่างมีประสิทธิภาพที่ยาวนานมากกว่า ซึ่งอาจบำบัดทั้งเป็นแบบกลุ่มและรายบุคคล (Jones & Hollin, 2004) หรืออาจนำญาติ/ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มด้วยก็ได้ (Paul et al., 2002) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง ประสบการณ์การแสดงความโกรธ และบุคลิกภาพส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากยิ่งต้องใช้โปรแกรมที่มีความซับซ้อน และมีการฝึกทักษะที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงน้อย นอกจากนี้แล้วในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาก เช่น ผู้ป่วย personality disorders (Jones & Hollin, 2004) โปรแกรมการจัดการความโกรธได้นำแนวคิด transtheoretical model of change (Prochaska & DiClemente, 1984 cited in Jones & Hollin, 2004) มาบูรณาการในการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการบำบัดจนครบโปรแกรม และให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดการอารมณ์โกรธ เนื่องจากผู้ป่วยประเภทนี้ค่อนข้างเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยากและการเข้าร่วมบำบัดจนครบโปรแกรมน้อย โปรแกรมจึงเน้นการสร้างแรงจูงใจการเข้าร่วมบำบัดจนครบตามโปรแกรม การบำบัดมีทั้งแบบกลุ่มควบคู่กับการบำบัดแบบรายบุคคล

นอกจากนั้นแล้วการจัดการความโกรธแบบองค์รวม (Dunbar, 2004) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิด CBT โดยพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาความโกรธมาเป็นเวลา 12 ปี ได้พัฒนาแนวทางการบำบัดเป็น 12 แนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความโกรธและวิธีการลดหรือจัดการกับความโกรธ ซึ่งสามารถสลับแนวคิดในการบำบัดได้ เป็น

แบบกลุ่มเปิด ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ากลุ่มได้ตามต้องการ กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรู้คิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่เลือกนำมาใช้ในการจัดการความโกรธอย่างมีคุณภาพ แนวคิดดังกล่าวได้แก่ 1) การเปิดใจกว้าง (open mind) 2) ความโกรธไม่ใช่สิ่งเลวร้าย (anger does not equal bad) 3) ความรับผิดชอบต่อการจัดการความโกรธของตนเอง (responsibility for management of anger) 4) สัญญาณทางกาย (physical cues) 5) การผ่อนคลาย (relaxation) 6) การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใน (underlying emotion) 7) ความคิดเชิงลบ (negative thoughts) 8) การตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ (assertive responses) 9) กิจกรรมทางกาย (physical activity) 10) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) 11) ระบบที่คาดหวังให้คนอื่นทำอย่างที่ตนเองต้องการ (should system) และ 12) ความคับแค้นใจ (resentment) ซึ่งพบว่าการจัดการความโกรธแบบองค์รวมสามารถจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน และมีการตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ (assertive) ผู้ป่วยสามารถนำบทบาทสมมติที่ใช้ในกลุ่มไปใช้จริงในสถานการณ์กระตุ้นความโกรธ สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยได้อีกด้วย

จากโปรแกรมการควบคุมความโกรธและการจัดการความโกรธตามแนวคิด CBT ในผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวข้างต้นทั้ง 6 เรื่อง ผู้ศึกษาได้นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังหัวข้อถัดไป

### 3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 6 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างเป็นข้อเสนอแนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมเชื่อว่า การรู้คิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล การเปลี่ยนแปลงการรู้คิดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมได้ ซึ่งแนวคิดของ Novaco มองความโกรธว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์กระตุ้นกระบวนการคิดและการรับรู้ด้วยความไม่เป็นมิตร นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การจัดการความโกรธตามแนวคิดของ Novaco ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (cognitive preparation) 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ (skill acquisition) และ 3) ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (application training) ในการนำรูปแบบการจัดการความโกรธไปใช้นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดยมีรายละเอียดรูปแบบโปรแกรมบำบัดดังต่อไปนี้

#### โปรแกรมการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

##### คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการบำบัดการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ได้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มีสาเหตุมาจากการจัดการความโกรธไม่เหมาะสม ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการตัดสินลงโทษคดีด้วยเรื่องพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องมีการดูแลในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด ดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท personality disorders, learning disabilities และ/หรือมีโรคร่วมคือ บุคลิกภาพผิดปกติเรื่องการแยกตัวจากสังคม และ bipolar affective disorders (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

2) มีปัญหาการจัดการความโกรธระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง โดยประเมินจากการสัมภาษณ์ทางคลินิก การทบทวนแฟ้มประวัติ และการใช้แบบทดสอบทางจิต (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

3) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุเฉลี่ย 15-59 ปี (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4)

4) มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยใช้ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน (Chan et al., 2003; ระดับ 3) แบบวัดนี้ใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

5) ไม่มีปัญหาติดยาหรือยาเสพติดบางชนิด มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง หรือผู้มีปัญหาบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้ากลุ่มระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ได้ ผู้มีอาการมากจนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้าย มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศ และทางร่างกาย (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

### คุณสมบัติของผู้บำบัด

พยาบาลหรือนักจิตวิทยาระดับมหบัณฑิตหรือผ่านการอบรมจิตเวชขั้นสูงที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดแบบ CBT เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการบำบัดการจัดการกับความโกรธ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7, สิริรักษา จาติเสถียร, 2547; ระดับ 6)

### ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

การบำบัดควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 8-16 ครั้ง อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย หรือระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีคำสั่งให้คุมประพฤติและมีปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงที่ซับซ้อน อาจเพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดได้ถึง 36 ครั้ง

การบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

### จำนวนสมาชิกกลุ่ม

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากอาจจัดสมาชิกเข้ากลุ่มจำนวนน้อยประมาณ 3-8 คน (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4) เช่น ในผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการตัดสินใจโทษคดีด้วยเรื่องพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องมีการดูแลในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด ถ้าผู้ป่วยที่มีปัญหาความโกรธไม่มากจัดสมาชิกเข้ากลุ่มประมาณ 9-15 คน (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

## สถานที่ในการบำบัด

แผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก

## อุปกรณ์ที่ใช้

ควรจัดเตรียมคู่มือ โปรแกรม และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7) รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมืออื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการบำบัดตามโปรแกรม ได้แก่ วีดิโอเทป โพรแทคส์ หรือภาพยนตร์ หนังสือคู่มือการบำบัด เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ในการบำบัดผู้มีปัญหาเรื่องความสามารถในการรู้คิด ความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ ใช้หนังสือคู่มือประกอบในการบำบัด ประกอบด้วย ภาพการ์ตูน แผนภาพ เคล็ดช่วยจำ และเรื่องเล่าที่มีผลต่อการเรียนรู้เรื่องการจัดการความโกรธ ทำให้เข้าใจกิจกรรมได้ง่ายขึ้น เป็นต้น (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

## ขั้นตอนการบำบัดการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม

การบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (cognitive preparation) 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ (skill acquisition) และ 3) ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (application training) ดังต่อไปนี้ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

### 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (Cognitive preparation)

เป็นการเตรียมการรู้คิดเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความโกรธโดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องการรู้คิด (cognitive) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (physiological) และพฤติกรรม (behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสถานการณ์ที่มักกระตุ้นให้เกิดความโกรธและผลกระทบจากความโกรธ ขณะนี้ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง โดยการแยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และประสบการณ์การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ นอกจากนั้นแล้วสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของการรู้คิดและสมมติฐานที่มีผลต่อความโกรธ รวมทั้งการสังเกตและยับยั้งปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติทางกายเมื่อมีอาการโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง

### วัตถุประสงค์การบำบัด

- 1) ผู้ป่วยสามารถบอกจุดมุ่งหมายของการบำบัดและแรงจูงใจในการบำบัดได้

2) บอกความเชื่อมโยงการรู้คิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และพฤติกรรมตอบสนองต่อความโกรธได้

3) บอกความเชื่อ สถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ และการรู้คิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธได้

4) บอกแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน และแนวทางการพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

5) เข้าใจและตระหนักรู้การเป็นเจ้าของปัญหา โดยบอกผลกระทบของความโกรธ และความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธได้

6) อธิบายเรื่องความโกรธและพฤติกรรมรุนแรง การรู้คิดด้านลบ อารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ และสัญญาณทางกายเมื่อเกิดความโกรธได้

#### บทบาทของผู้บำบัด

ผู้บำบัดให้ความรู้ อธิบาย ยกตัวอย่างสนับสนุน สร้างแรงจูงใจในการบำบัดให้ผู้ป่วย เตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ ความตระหนักเกี่ยวกับการปรับการรู้คิด และพฤติกรรม และจำแนกและยอมรับความโกรธ โดยใช้เทคนิคการบำบัดแบบกลุ่ม

การบำบัดขั้นเตรียมการรู้คิดควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 2-6 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย ความสามารถทางสติปัญญาในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การรู้คิดหรือความเชื่อต่อสถานการณ์ อารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรม สามารถวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และผลที่เกิดจากความโกรธ กิจกรรมขั้นเตรียมการรู้คิดมีดังต่อไปนี้

#### 1.1) กิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แนะนำและอธิบายจุดมุ่งหมายในการบำบัด (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)

2) สร้างความเชื่อมั่นและสร้างแรงจูงใจในการบำบัด และทราบประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม รวมทั้งส่งเสริมให้เห็นศักยภาพและสามารถดึงศักยภาพของผู้ป่วยมาใช้ในการบำบัดให้เต็มที่ โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจการบำบัดแบบกลุ่มรวมทั้งทักษะต่างๆ ที่ต้องใช้ในการเข้าร่วมกลุ่ม เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)

## 1.2) กิจกรรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม

1) สร้างการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ และการเป็นเจ้าของปัญหาให้กับผู้ป่วยเพื่อต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)

2) ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับอารมณ์ โดยระบุสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ วิเคราะห์และระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ (Burns et al., 2003; ระดับ 4)

3) สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเชื่อมโยงการรู้คิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และพฤติกรรม การตอบสนองต่อความโกรธ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Burns et al., 2003; ระดับ 4)

4) ค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ และแนวทางการพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Burns et al., 2003; ระดับ 4)

## 1.3) กิจกรรมการจำแนกและยอมรับความโกรธ

1) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความโกรธและพฤติกรรมรุนแรง (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)

2) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการรู้คิดด้านลบที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสัมพันธ์ของการรู้คิดด้านลบที่ทำให้เกิดการแปลข้อมูลผิดพลาด รวมทั้งการจำแนกการรู้คิดด้านลบที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยใช้เทคนิคบันทึกในสมุดคู่มือการอภิปรายกลุ่ม (discussion groups) การวิเคราะห์สถานการณ์ที่สกัดได้จากการชมวิดีโอ ภาพยนตร์และการฝึกบทบาทสมมติ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

3) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ (underlying emotion) เช่น ความละอาย ความกลัว ความสูญเสียพลังอำนาจ ความเจ็บปวด ความอับยศ ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความรู้สึกที่นำมาสู่ความโกรธได้ และจัดการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดที่นำมาสู่ความรู้สึกนี้ได้ก็จะป้องกันอารมณ์โกรธได้ ฯลฯ การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น “พ่อถูกลูกชายวัย 15 ปีพูดจาหยาบคายต่อเขา พ่อโกรธมาก ตะโกนแผดเสียง และสบถสาปแช่ง พ่อจะประสบความสำเร็จในการจัดการกับความโกรธอย่างมีคุณภาพถ้าพ่อสามารถรับรู้อารมณ์แรกเริ่ม แล้วพูดกับลูกชายว่าลูกพูดจาหยาบคายแล้ว

ทำให้พอไม่พอใจ” การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้อารมณ์โกรธช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์แรกเริ่มที่เกิดขึ้น เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ดี (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

4) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องสัญญาณทางกายเมื่อเกิดความโกรธ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ากำลังมีความโกรธด้วยการสังเกตสัญญาณทางกายแรกเริ่มเมื่อเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน เช่น การขบกราม เหงื่อออกที่ฝ่ามือ ท้องไส้ปั่นป่วน ใบหน้าแดงหูแดง ปวดคั่นคอ หายใจถี่ขึ้น ๆ ฯลฯ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้รับรู้สัญญาณเตือนทางกาย เรียนรู้ที่จะใช้สัญญาณเตือนเหล่านี้ในการตัดสินใจแต่แรกเริ่มเพื่อจัดการกับความโกรธก่อนที่จะรุนแรง เช่น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเกิดความโกรธโดยมีสัญญาณทางกายคือหายใจถี่ขึ้น การสอนให้ผู้ป่วยหายใจช้าๆ ลึกๆ อย่างมีประสิทธิภาพเป็นการช่วยลดสัญญาณทางกายทำให้จิตใจสงบขึ้นสามารถจัดการกับปัญหาที่นำมาสู่ความโกรธได้ดีขึ้น (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

## 2) ชั้นฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ ขณะนี้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่สามารถนำไปใช้จัดการความโกรธ ในรูปแบบการฝึกปรับการรู้คิดและพฤติกรรม โดยเน้นการฝึกซ้อมทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธโดยไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา

### วัตถุประสงค์การบำบัด

ผู้ป่วยบอกทักษะการตอบสนองสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ สามารถยกตัวอย่างได้ และสามารถฝึกซ้อมบทบาทสมมติทักษะต่างๆ ได้

### บทบาทของผู้บำบัด

อธิบายทักษะการตอบสนองสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ ยกตัวอย่าง ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการนำไปใช้จัดการความโกรธในรูปแบบการฝึกปรับการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อตอบสนองการรู้คิดและสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ สามารถบอกปัจจัยนำและผลที่เกิดจากความโกรธได้ และใช้การฝึกซ้อมบทบาทสมมติ

การบำบัดขั้นฝึกซ้อมทักษะการจัดจำนวนครั้งประมาณ 6-10 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีคำสั่งให้คุมประพฤติจากการกระทำผิด อาจเพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดได้ถึง 16 ครั้ง กิจกรรมขั้นฝึกซ้อมทักษะมีดังต่อไปนี้

### กิจกรรมฝึกทักษะการตอบสนองสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ

1) การเปิดใจ (open mind) การเปิดใจได้ที่สำคัญต้องรู้จักอดทน กล่าวคือต้องยินดีที่จะฟังความเห็นที่แตกต่างแม้จะคิดว่าตนเองถูกก็ตาม การเปิดใจช่วยให้กำหนดได้ว่าสถานการณ์นั้นสำคัญพอที่จะติดตาม ประนีประนอมหรือเพิกเฉย ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยจะช่วยกันค้นหาความหมายของการเปิดใจ และยกตัวอย่างประสบการณ์มาสนับสนุนความหมายนั้น เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาการเปิดใจ ผู้ที่เข้าใจความหมายการเปิดใจจะได้รับประโยชน์จากการถามตนเองว่า “ฉันอยากจะเป็นคนที่ถูกต้องเสมอหรือเป็นคนที่มีความสุข” คำถามนี้ช่วยให้พฤติกรรม การโต้แย้งลดลง และช่วยเปิดช่องทางการสื่อสารให้ดีขึ้น ซึ่งการเปิดใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินความต้องการของตนที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นอย่างที่ต้องการหรือไม่ (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

2) ความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ (responsibility for management of anger) คนที่ตัดสินใจจะทำบางสิ่งบางอย่างโดยการหยุดตำหนิผู้อื่นเมื่อเกิดความไม่พอใจหรือความเจ็บใจเป็นสิ่งสำคัญ การตำหนิไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาการตระหนักรู้ตนเอง ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้คำพูด 1 ถึง 3 ประโยคเพื่อไปใช้ในการเผชิญปัญหาความโกรธ แล้วนำมาอภิปรายในการบำบัดครั้งต่อไป (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

3) การตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม (assertive responses) เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล โดยการแสดงออกด้วยคำพูด กิริยาท่าทางที่สุภาพ และให้เกียรติผู้อื่น วิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบสนองความโกรธด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสมคือ การแสดงบทบาทสมมติ (role play) ให้ผู้ป่วยยกสถานการณ์หรือเหตุการณ์จริงมาแสดงกับสมาชิกในกลุ่มบำบัด (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

4) ความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ผู้ป่วยที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะบอกไม่ได้ว่าตนเองต้องการอะไรหรือไม่ต้องการอะไร การแสดงความโกรธจะเป็นลักษณะอ้อมๆ (passive) และเก็บความรู้สึกโกรธ (Indirect expressions of anger) การแสดงออกความโกรธทั้งสองลักษณะนี้ไม่ช่วยแก้ปัญหาความโกรธเป็นการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองจะช่วยให้การแสดงออกความโกรธเหมาะสม ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกบุคลิกลักษณะที่เข้มแข็ง จุดเด่น ของตนเอง เพื่อช่วยพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

5) การเตือนใจตนเอง (self-statements) เป็นการใช้ประโยคพูดเตือนตนเองเมื่อมีสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ เพื่อลดความโกรธ (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

6) ความคับแค้นใจ (resentment) เป็นการเก็บความโกรธไว้ทำให้ไม่มีความสุข แนะนำให้ผู้ป่วยถามตนเองว่า “เราอยากเป็นคนที่ถูกเสมอหรืออยากจะเป็นคนที่มีความสุข” การจัดการกับความคับแค้นใจสามารถใช้เทคนิคต่างๆ ช่วย เช่น การเขียนจดหมายหรือบทกวี หรือการเตรียมการเพื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์กระตุ้นความโกรธด้วยการใช้บทบาทสาธิต เป็นกระบวนการที่มีประโยชน์มากในกลุ่ม โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามตนเองด้วยประโยคต่อไปนี้ว่า 1) ถ้าฉันเก็บความคับแค้นใจนี้ไว้ใครจะเจ็บปวดมากที่สุด 2) ใครจะสนใจหากฉันยังเก็บความคับแค้นใจนี้ไว้ และ 3) อะไรจะเกิดขึ้นถ้าฉันทิ้งความคับแค้นใจนี้ (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

7) การผ่อนคลาย (relaxation) มีประโยชน์ในการจัดการความโกรธ เช่น การหายใจลึกๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่ง่ายไม่ซับซ้อน แต่การผ่อนคลายอย่างเดียวไม่สามารถจัดการความโกรธได้ดีจึงต้องใช้ร่วมกับทักษะอื่นด้วย (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

8) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ความโกรธที่สะสมไว้มีส่วนทำให้เกิดความตึงเครียด แนะนำให้ผู้ป่วย ชกถุงลม ตีหมอน และร้องตะโกนเพื่อปลดปล่อยความโกรธที่สะสม แต่เป็นการปลดปล่อยเพียงชั่วคราว การมีกิจกรรมทางกายดังกล่าวช่วยลดการหลั่งของสาร adrenaline ซึ่งเป็นสาเหตุของความรู้สึกโกรธให้ลดน้อยลง แต่การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการหลั่งของสาร endorphine ทำให้ลดความตึงเครียดได้ (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

9) การหลีกเลี่ยงสถานการณ์กระตุ้นความโกรธในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การออกจากสถานการณ์ทะเลาะวิวาท เป็นการลดสิ่งกระตุ้นความโกรธเพียงระยะเวลาสั้นๆ แต่ไม่ใช่วิธีที่ใช้ถาวร (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

10) การจัดการสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ เช่น สถานการณ์เมื่อถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม ถูกคุกคาม ผิดหวัง และความขุ่นเคืองใจ ฯลฯ ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ เทคนิคการจัดการปัญหา (problem solving techniques) การฝึกการแสดงออกอย่างเหมาะสม (assertiveness training) และการอดทนต่อความคับแค้นใจ ความขุ่นเคืองใจ (distress tolerance) โดยการฝึกบทบาทสมมติ (role play) ร่วมกับการดูโทรทัศน์และภาพยนตร์ ที่แสดงแบบอย่างการจัดการความโกรธที่เหมาะสม (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

### 13) **ชั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training)**

เป็นการนำทักษะที่ได้จากการฝึกไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีโอกาสได้นำทักษะการจัดการความโกรธที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มบำบัดในขั้นตอนที่ผ่านมา

แล้วมาประยุกต์ใช้โดยการแสดงบทบาทสมมติกับสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านมาของแต่ละคน นำมาเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ภายในกลุ่มโดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยจนถึงสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้บำบัดจะเป็นผู้ฝึกตั้งแต่ต้นจนจบจนผู้ป่วยสามารถจัดการสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดทักษะให้กับผู้ป่วยอื่นได้ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

#### วัตถุประสงค์การบำบัด

ผู้ป่วยทบทวน วิเคราะห์การบ้านจากการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมที่ใช้กับสถานการณ์จริงได้ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม และส่งเสริมให้นำทักษะที่มีคุณภาพในการจัดการกับความโกรธไปใช้ต่อไป

#### บทบาทของผู้บำบัด

ฝึกทบทวน วิเคราะห์การบ้านจากการฝึกปฏิบัติ การแก้ไขสถานการณ์จริงจากการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการนำทักษะไปใช้ต่อไป

การบำบัดชั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีคำสั่งให้คุมประพฤติจากการกระทำผิด อาจเพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดได้ถึง 14 ครั้ง การดำเนินกิจกรรมชั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

#### กิจกรรมทบทวนการแก้ไขสถานการณ์จริงจากการปฏิบัติ

ทบทวนทักษะจากบทเรียนในสัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งทุกสัปดาห์จะมีการบ้านให้ผู้พว้นำกลับไปฝึกปฏิบัติ ทั้งกับตนเองและกับผู้อื่นแล้วด้วยการบันทึกเหตุการณ์ "การทะเลาะวิวาท" (hassle log) ที่เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ โดยการระบุและแก้ไขสถานการณ์กระตุ้นความโกรธของตนเอง และพัฒนาการจัดการเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยทักษะต่างที่ได้ฝึกซ้อม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธ จากนั้นจะนำมาปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนการรู้คิดเห็นภายในกลุ่ม (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

#### เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์การบำบัด

##### 1) The Anger Expression Inventory of The State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Spielberger, 1996)

เป็นแบบวัดความโกรธ (anger) และระดับการแสดงความโกรธ (level of anger) แบบวัดนี้สามารถนำไปในการคัดกรอง (screening) และประเมินประสิทธิผลของการบำบัด (Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4)

## 2) Behavioral Rating

แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงประกอบด้วยพฤติกรรมรุนแรง 5 ระดับ ตั้งแต่ค่อยไป  
หามาก เช่น

ระดับ 1 ก้าวร้าวแบบไม่แสดงออก (passive aggression) เช่น หน้านี้วี่ขมวด บ่น  
พึมพำ หลีกเลี่ยงการพบปะ ปฏิเสธความร่วมมือ/ไม่พูด เป็นต้น

ระดับ 2 ก้าวร้าวทางวาจา (verbal aggression) เช่น ตะโกน ข่มขู่ทั้งร่างกายหรือคำพูด  
 เป็นต้น

ระดับ 3 ก้าวร้าวทำลายวัตถุสิ่งของ (physical aggression against objects) เช่น ขว้างปา  
แต่สิ่งของหรือกำแพง เป็นต้น

ระดับ 4 ก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง (physical aggression against the self) เช่น จิก  
ข่วนผิวหนัง ทบตีศีรษะตนเอง เป็นต้น

ระดับ 5 ก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น (physical aggression against other)  
เช่น แสดงท่าทางข่มขู่ ชกหรือเตะ ผลัก ดึงผม เป็นต้น พยายามต้องประเมินผู้ป่วยทุกวันเพื่อนำไป  
วางแผนการพยาบาลผู้ป่วย (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4)

## 3) The Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1991)

แบบประเมินระดับความโกรธและระดับสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความโกรธ  
แบบวัดเหมาะกับผู้มีปัญหาทางจิต แบบวัดแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยการประเมิน  
ทางคลินิก มี 3 ประเด็นคือ ความคิด การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และพฤติกรรม แต่ละประเด็นมี 4  
แบบวัดย่อย และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยดัชนีความโกรธ ซึ่งบอกระดับความโกรธของแต่ละบุคคล  
จากสถานการณ์กระตุ้นที่หลากหลาย แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นภายในระดับสูง และมีประสิทธิผล  
เพียงพอในการใช้ประเมินความโกรธ (Novaco, 1995) (Burns et al., 2003; ระดับ 4, Jones &  
Hollin, 2004; ระดับ 4)

## 4) The Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay et al., 1988)

แบบวัดนี้ได้มีการพัฒนาเพื่อประเมินธรรมชาติและความชุกของการแสดง  
ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช เครื่องมือนี้มีค่าของ internal, interrater และ Test-retest reliability ในระดับ  
น่าเชื่อถือ (Kay et al., 1988) วัดความก้าวร้าวที่แสดงออกอย่างเปิดเผยจากความกระวนกระวายทั้ง  
กายและใจ ใช้วัดความก้าวร้าวทางวาจา การทำลายทรัพย์สินสิ่งของ และก้าวร้าวทำร้ายต่อผู้อื่น  
(Burns et al., 2003; ระดับ 4)

### การประเมินและติดตามผล

การติดตามผลการบำบัดควรประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7) และสามารถติดตามความคงอยู่ของผลลัพธ์ของการบำบัดได้ใน 3 เดือน (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)



## บทที่ 4

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการศึกษา

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคลากร บรรยากาศในหอผู้ป่วย และโรงพยาบาลโดยภาพรวมคือ ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงพบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตชนิดอื่นๆ เช่น antisocial personality disorder, borderline personality disorder, conduct disorder, bipolar I disorder, substance-related disorders และ cognitive disorders (Sunderland, 1997; ชีระ ถีลานันทกิจ, 2541) พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากความโกรธที่ควบคุมไม่ได้ ความโกรธเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ และปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดความโกรธ Glancy & Saini (2005) พบว่ามีหลายรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้เช่น psycho educational therapy, psychodynamic therapy, behavioral therapy, cognitive behavioral therapy และแนวทางการจัดการอารมณ์โกรธตามแนวคิดของ Novaco ผู้ศึกษาจึงสนใจการจัดการความโกรธตามแนวคิด CBT ซึ่ง Novaco นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือผู้ป่วยจิตเวชสามารถควบคุมความโกรธได้เพิ่มขึ้น การแสดงความโกรธลดลง การเก็บความโกรธไว้ภายในลดลง และการแสดงความโกรธออกภายนอกลดลง รวมทั้งการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงด้วย เป็นการช่วยให้บุคลากรและหน่วยงานมีรูปแบบการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาทางคลินิกและนโยบายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและความพึงพอใจ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวทางการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้ 1) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้ กรอบ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นแนวทางใน

การสืบค้น และใช้คำสำคัญในการสืบค้น 2) กำหนดขอบเขตที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ 3) วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการสกัดและวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง มีประเด็นสำคัญประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ทูสนับสนุน สมมุติฐานงานวิจัย สถานที่ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ การบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก และใช้เกณฑ์การประเมินแนวน้ำมันในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2006) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) 2) การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) และ 3) แนวมินที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (assessing implementation potential) ซึ่งมีการประเมิน 3 มิติหลัก คือ 1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (transferability of finding) 2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (feasibility of implementation) และ 3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) 4) ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ของ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) จากนั้นสังเคราะห์เนื้อหาสำคัญที่ได้จากงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง ได้แก่ randomized control trial 1 เรื่อง controlled trials without randomization 1 เรื่อง case control 2 เรื่อง one group pre-post test 1 เรื่อง และบทความจากทัศนของผู้เชี่ยวชาญ 1 เรื่อง ออกมาเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ทั้ง 6 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นข้อเสนอแนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดของการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมเชื่อว่า การรู้คิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล การเปลี่ยนแปลงการรู้คิดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมได้ ซึ่งแนวคิดของ Novaco มองความโกรธว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์กระตุ้นกระบวนการรู้คิดและการรับรู้ด้วยความไม่เป็นมิตร ซึ่งนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การจัดการความโกรธตามแนวคิดของ Novaco ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (cognitive preparation) 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ (skill acquisition) และ 3) ขั้นนำ

ทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (application training) ในการนำรูปแบบการจัดการความ  
 โกรธไปใช้นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

### ข้อเสนอแนะด้านโปรแกรมการบำบัด

1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาขั้นตอนการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิง  
 ประจักษ์ จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยจากต่างประเทศ 5 เรื่อง และมีเพียง 1 เรื่องที่เคย  
 นำมาปรับใช้ตามบริบทผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย จึงควรสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม  
 และนำงานวิจัยที่ได้มาปรับใช้ โดยศึกษาในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อประเมิน  
 กระบวนการบำบัดและประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและ  
 บุคลากร และปรับปรุงก่อนขยายข้อเสนอแนะไปใช้กับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

2) รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย  
 จิตเวชที่ได้ 5 เรื่อง เป็นบริบทของผู้ป่วยต่างประเทศ มีความต่างกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชใน  
 ประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแล จึงควรให้ครอบครัว ผู้ดูแล เข้ามามีส่วน  
 ร่วมในการบำบัด และมีการศึกษาโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนแบบแผนการดำเนิน  
 ชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมได้  
 อย่างต่อเนื่องและเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการกับปัญหาที่นำมาสู่อารมณ์โกรธและการจัดการกับ  
 ความโกรธในเชิงสร้างสรรค์

3) รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย  
 จิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โปรแกรมบำบัดใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนาน  
 โรงพยาบาลหรือบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องที่ใช้ขอแนะนำ (recommendations) อาจจะต้องจัดหาระบบการ  
 ทำงาน โดยมีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานจิตเวชชุมชน หรือหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก และ  
 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรม  
 จนครบ ไม่เกิดการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้เกิดการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบบ่อย จึงควรมีการประยุกต์ใช้ข้อเสนอแนะรูปแบบ  
 การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยการบำบัดใน  
 ลักษณะให้การบำบัดกระตุ้น (booster dose) เป็นระยะและติดตามการคงอยู่ของโปรแกรมให้  
 มากกว่า 3 เดือน

4) กลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรจิต จะใช้เวลาในการบำบัดสั้น  
 ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพ เช่น personality disorders ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรจิต  
 อาจจะต้องใช้โปรแกรมบำบัดระยะยาว ซึ่งต้องการผลการวิจัยที่ตรวจสอบและยืนยันอีกครั้ง  
 หนึ่ง

### ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

1) พยาบาลหรือบุคลากรอื่นที่มาเป็นผู้นำกลุ่มควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัด ก่อนนำไปใช้จริงในหน่วยงาน และมีการติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการเผยแพร่ข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช กับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้มีการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอแนะเป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป เช่น โดยการประชุมวิชาการ ติพิมพ์เผยแพร่ในวารสารและสิ่งพิมพ์ และฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง



การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ANGER MANAGEMENT BASED ON COGNITIVE - BEHAVIORAL MODIFICATION IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE - BASED NURSING

วารสาร ฉบับ 5036763 NSMH/M

พ.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ค., วิมลนันทน์ พุฒินิซพงศ์, D.N.S.

### บทสรุปแบบสมบูรณ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชและส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนรวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคลากร บรรยากาศในหอผู้ป่วย และโรงพยาบาลโดยภาพรวมคือปัญหาพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงพบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตชนิดอื่นๆ เช่น antisocial personality disorder, borderline personality disorder, conduct disorder, bipolar I disorder, substance-related disorders และ cognitive disorders (Sunderland, 1997; ธีระลีลานันท์ทกิจ, 2541) พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงความก้าวร้าวร่วมกับการทำลายทรัพย์สินและทำร้ายร่างกายผู้อื่น ความรุนแรงมีตั้งแต่ขั้นต่ำ เช่น สีหน้าบึ้งตึง แหวดตาไม่เป็นมิตร พูดคำหยาบขู่ ตะคอก ขว้างปาทำลายข้าวของ ไปจนถึงขั้นรุนแรง เช่น ทำลายข้าวของเสียหายมาก ตบตี ชกต่อย ใช้อาวุธทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากอารมณ์โกรธ ความคับข้องใจ รวมไปถึงต้องการปกปิดความกลัวของตนเอง (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2545)

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากความโกรธที่ควบคุมไม่ได้ ความโกรธเป็นสภาวะอารมณ์ตั้งแต่วินาทีถึงห้วงระยะเวลาสั้นๆ เจ็บใจเล็กน้อย จนถึงขั้นโกรธอย่างรุนแรงคลุ้มคลั่งเดือดดาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับของฮอร์โมนสารสื่อประสาท epinephrine และ norepinephrine (American Psychological Association, 2005) ความโกรธเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ

(biological factor) ซึ่งได้แก่ ระบบรับรู้ความรู้สึกทางร่างกายต่อสิ่งเร้า รวมถึงพันธุกรรมและอารมณ์สมองส่วนที่ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ brain stem, hypothalamus, temporolimbic cortex และ prefrontal cortex และความผิดปกติของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine, gamma-aminobutyric (GABA) รวมทั้งฮอร์โมน testosterone และ androgens ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) นอกจากนั้นแล้วยังมีหลายปัจจัยร่วม ซึ่งได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้เหตุการณ์ทางลบที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ (Kassinove & Eckhardt, 1995) และปัจจัยการเรียนรู้ของบุคคลและวัฒนธรรมสังคม (Bandura, 1973)

ความโกรธมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความโกรธที่เก็บไว้ภายในมีผลกระทบต่อบุคคลด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ไมเกรน แผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ และโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารี เป็นต้น และยังมีผลต่อสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ความโกรธที่แสดงออกไม่เหมาะสมมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Townsend, 2006) และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรผู้ให้การดูแลในคลินิกที่ให้บริการ ทำให้เกิดการบาดเจ็บและการทำลายในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดความโกรธ Glancy & Saini (2005) พบว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีหลายรูปแบบดังนี้ psycho educational therapy, psychodynamic therapy, behavioral therapy, cognitive behavioral therapy และแนวทางการจัดการอารมณ์โกรธตามแนวคิดของ Novaco

แนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในหน่วยงาน มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจ โดยมีแนวทางดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลายด้านด้วยกันเช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องพฤติกรรมรุนแรง และปฏิบัติตามโปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นอกจากนั้นแล้วยังมีกิจกรรมทางการพยาบาลอื่นๆ เช่น การรับส่งเวรกิจกรรม pre-post conference และการทบทวนการดูแลผู้ป่วยแบบ C3 THER (care, communication, continuity, team, human resource, environment, equipment and record) รวมทั้งมีกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมบำบัดแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท จากการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีความต่อเนื่องของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง จะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจำนวนครั้งของรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยภาพรวม และยังมีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

อีก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความโกรธที่สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง จึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจะได้นำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป และเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับความโกรธของตนเองตั้งแต่แรกเริ่มและมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม ลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดการความโกรธของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของหน่วยงาน

### ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ที่มีประสิทธิภาพในการลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชควรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชจากหลักฐานเชิงประจักษ์

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช
2. พยาบาลมีแนวทางในการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมรุนแรงในที่สุด
3. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สามารถนำผลการศึกษารูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### วิธีการดำเนินการ

การจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้

#### 1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชด้วยการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบ PICO (PICO Frame work) (Craig & Smyth, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(P): **Population:** people with mentally illness, psychiatric patients

**(I): Intervention:** anger management program, anger control program, CBT

**(C): Comparison intervention:** none

**(O): Outcome:** reducing anger, anger control

**คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้**

anger management, anger control, reduce anger, cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral modification, anger management intervention, psychological treatment, reduce anger intervention, mentally illness, psychiatric patients, people with mental disorders, people with schizophrenia, people with mood disorders

**ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์**

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต) ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งจากแหล่งสืบค้นข้อมูลต่างๆ ดังนี้

### 1) จากฐานข้อมูล Electronic

1.1) ฐานข้อมูลรวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov), [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).

1.2) ฐานข้อมูลรวบรวม systematic review ได้แก่ [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org), [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au).

1.3) ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID, SCIENCE DIRECT, Blackwell Synergy, Springer Link และ MEDLIN

### 2) Hand search

2.1) Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, American Journal of Nursing Psychiatric เป็นต้น

2.2) เอกสารอ้างอิงจากบทความ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1) คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ

2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึง ปีปัจจุบัน (ค.ศ.2009)

3) คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย เลือกลงงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรค schizophrenia, mood disorders, personality disorders, learning disabilities และโรคจิตเวชทั่วไป

## 2. ประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

### 2.1 วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผู้ศึกษาศึกษาคัดและวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง และใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2006) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) 2) การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (assessing implementation potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ 3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ 3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง และ 3.3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้

### 2.2 ประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความโกรธตามแนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ของ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) โดยแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับ

#### ผลการดำเนินการ

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการลดความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชด้วยการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช จากฐานข้อมูลต่างๆ ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง เป็น randomized control trial 1 เรื่อง ระดับ 2 controlled trials without randomization 1 เรื่อง ระดับ 3 case control 2 เรื่อง ระดับ 4 one group pre-post-test 1 เรื่อง ระดับ 6 และบทความจากทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ 1 เรื่อง ระดับ 7 ออกมาเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความโกรธตามแนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผู้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 6 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างเป็นข้อเสนอแนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมเชื่อว่า การรู้คิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล การเปลี่ยนแปลงการรู้คิดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรม

ได้ ซึ่งแนวคิดของ Novaco มองความโกรธว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์กระตุ้น กระบวนการรู้คิดและการรับรู้ด้วยความไม่เป็นมิตร นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การจัดการความโกรธตามแนวคิดของ Novaco ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ และ 3) ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ในการนำรูปแบบการจัดการความโกรธไปใช้นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดยมีรายละเอียดรูปแบบโปรแกรมบำบัดดังต่อไปนี้

### โปรแกรมการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

#### คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการบำบัดการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ได้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มีสาเหตุมาจากการจัดการความโกรธ ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการตัดสินใจโดยทศกิติด้วยเรื่องพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องมีการดูแลในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท personality disorders learning disabilities และ/หรือมีโรคร่วมคือ บุคลิกภาพผิดปกติเรื่องการแยกตัวจากสังคม และ bipolar affective disorders (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)
- 2) มีปัญหาการจัดการความโกรธระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง โดยประเมินจากการสัมภาษณ์ทางคลินิก การทบทวนแฟ้มประวัติ และการใช้แบบทดสอบทางจิต (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)
- 3) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุเฉลี่ย 15-59 ปี (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)
- 4) มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยใช้ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน (Chan et al., 2003; ระดับ 3)
- 5) ไม่มีปัญหาติดสุราหรือยาเสพติดบางชนิด มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง หรือผู้มีปัญหาบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้ากลุ่มระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ได้ ผู้มีอารมณ์โกรธมากจนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้าย มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศ และทางร่างกาย (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

### คุณสมบัติของผู้บำบัด

พยาบาลหรือนักจิตวิทยาในระดับมหาบัณฑิตหรือผ่านการอบรมจิตเวชขั้นสูงที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดแบบ CBT เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการบำบัดการจัดการกับความโกรธ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

### ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

การบำบัดควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 8-16 ครั้ง อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย หรือระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีคำสั่งให้คุมประพฤติและมีปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงที่ซับซ้อน อาจเพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดได้ถึง 36 ครั้ง

การบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, สิริรักษา จาติเสถียร, 2547; ระดับ 6, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

### จำนวนสมาชิกกลุ่ม

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากอาจจัดสมาชิกเข้ากลุ่มจำนวนน้อยประมาณ 3-8 คน (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003) เช่น ในผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการตัดสินลงโทษคดีด้วยเรื่องพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องมีการดูแลในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวด ถ้าผู้ป่วยที่มีปัญหาความโกรธไม่มากจัดสมาชิกเข้ากลุ่มประมาณ 9-15 คน (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

### สถานที่ในการบำบัด

แผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก

### ขั้นตอนการบำบัดการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม

การบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (Cognitive preparation) 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) และ 3) ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training) ดังต่อไปนี้

#### 1) ขั้นเตรียมการรู้คิด (Cognitive preparation)

เป็นการเตรียมการรู้คิดเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความโกรธโดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องการรู้คิด (cognitive) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (physiological) และพฤติกรรม (behavior) ของความโกรธ ตลอดจนสถานการณ์ที่มักกระตุ้นให้เกิดความโกรธและผลกระทบจากความโกรธ วัตถุประสงค์จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดวิเคราะห์ลักษณะความโกรธของตนเอง โดย

การแยกแยะและจดจำสถานการณ์เฉพาะที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ และประสบการณ์การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ นอกจากนั้นแล้วสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของการรู้คิดและสมมติฐานที่มีผลต่อความโกรธ รวมทั้งการสังเกตและยับยั้งปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติทางกายเมื่อมีอาการโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง การบำบัดควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 2-6 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย ความสามารถทางสติปัญญาในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความโกรธ การรู้คิดหรือความเชื่อต่อสถานการณ์ อารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรม สามารถวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และผลที่เกิดจากความโกรธ กิจกรรมขั้นเตรียมการรู้คิดมีดังต่อไปนี้

### **1.1) กิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความโกรธ**

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แนะนำและอธิบายจุดมุ่งหมายในการบำบัด (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)
- 2) สร้างความเชื่อมั่นและสร้างแรงจูงใจในการบำบัด และทราบประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม รวมทั้งส่งเสริมให้เห็นศักยภาพและสามารถดึงศักยภาพของผู้ป่วยมาใช้ในการบำบัดให้เต็มที่ (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)

### **1.2) กิจกรรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม**

- 1) สร้างการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อช่วยให้มองเห็นผลกระทบของความโกรธ และการเป็นเจ้าของปัญหาให้กับผู้ป่วยเพื่อต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากความโกรธ (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)
- 2) ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับอารมณ์ โดยระบุสถานการณ์กระตุ้นที่มีผลต่อความโกรธ วิเคราะห์และระบุความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับความโกรธ และความเชื่อที่มีผลต่อการรู้คิดอัตโนมัติ (Burns et al., 2003; ระดับ 4)
- 3) สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเชื่อมโยงการรู้คิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และพฤติกรรม การตอบสนองต่อความโกรธ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Burns et al., 2003; ระดับ 4)
- 4) ค้นหาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ และแนวทางการพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Burns et al., 2003; ระดับ 4)

### **1.3) กิจกรรมการจำแนกและยอมรับความโกรธ**

- 1) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความโกรธและพฤติกรรมรุนแรง (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3)

2) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการรู้คิดด้านลบที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ โดยเน้นให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรู้คิดด้านลบทำให้เกิดการแปลข้อมูลผิดพลาด รวมทั้งการจำแนกรู้คิดด้านลบที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

3) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธ (underlying emotion) เช่น ความละอาย ความกลัว และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ฯลฯ การค้นหาอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรงออกมาช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นได้ เป็นการยุติความโกรธและทำให้จัดการกับความโกรธที่ซ่อนเร้นได้ดี (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

4) ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องสัญญาณทางกายเมื่อเกิดความโกรธ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ากำลังมีความโกรธด้วยการสังเกตสัญญาณทางกายแรกเริ่มเมื่อเกิดความโกรธได้อย่างชัดเจน เป็นการจัดการกับความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 3, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

## 2) ขั้นฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์โกรธต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ ระยะเวลาผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะใหม่ที่สามารถนำไปใช้จัดการความโกรธ ในรูปแบบการฝึกปรับการรู้คิดและพฤติกรรม โดยเน้นการฝึกซ้อมทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธโดยไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา การบำบัดควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 6-10 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีคำสั่งให้คุมประพฤติจากการกระทำผิด อาจเพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดได้ถึง 16 ครั้ง กิจกรรมขั้นฝึกซ้อมทักษะมีดังต่อไปนี้

### กิจกรรมฝึกทักษะการตอบสนองสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ

1) การเปิดใจ (open mind) การเปิดใจช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดได้ว่าสถานการณ์นั้นสำคัญพอที่จะติดตาม ประนีประนอมหรือเพิกเฉย ซึ่งการเปิดใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินความต้องการของตนที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นอย่างที่ต้องการหรือไม่ (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

2) ความรู้สึกรับผิดชอบที่จะต้องจัดการความโกรธ (responsibility for management of anger) (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

3) การตอบสนองด้วยการแสดงออกอย่างเหมาะสม (assertive responses) เป็นการแสดงออกที่สะท้อนถึงความคิดอย่างมีเหตุผล (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7)

4) ความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) จะช่วยให้การแสดงออกความโกรธเหมาะสม (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

5) การเตือนใจตนเอง (self-statements) เป็นการใช้ประโยคพูดเตือนตนเองเมื่อมีสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธ เพื่อลดความโกรธ (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

6) ความคับแค้นใจ (resentment) เป็นการเก็บความโกรธไว้แล้วทำให้ไม่มีความสุข (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

7) การผ่อนคลาย (relaxation) มีประโยชน์ในการจัดการความโกรธ (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

8) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ความโกรธที่สะสมไว้มีส่วนทำให้เกิดความตึงเครียด แต่การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการหลั่งของสาร endorphine ทำให้ลดความตึงเครียดได้ (Dunbar, 2004; ระดับ 7)

9) การหลีกเลี่ยงสถานการณ์กระตุ้นความโกรธในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การออกจากสถานการณ์ทะเลาะวิวาท เป็นการลดสิ่งกระตุ้นความโกรธเพียงระยะเวลาสั้นๆ แต่ไม่ใช่วิธีที่ใช้ถาวร (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

10) การจัดการสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ เช่น สถานการณ์เมื่อถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม ถูกคุกคาม ผิดหวัง และความขุ่นเคืองใจ ฯลฯ ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

### 3) **ขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training)**

เป็นการนำทักษะที่ได้จากการฝึกไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง ระเบียบนี้ผู้ป่วยมีโอกาสได้นำทักษะการจัดการความโกรธที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มบำบัดในขั้นตอนที่ผ่านมา แล้วมาประยุกต์ใช้โดยการแสดงบทบาทสมมติกับสถานการณ์ที่กระตุ้นความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านมาของแต่ละคน นำมาเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเล็กน้อยจนถึงสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้บำบัดจะเป็นผู้ฝึกตั้งแต่นั้นจนจบ จนผู้ป่วยสามารถจัดการสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง สามารถถ่ายทอดทักษะให้กับผู้ป่วยอื่นได้ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน การบำบัดควรจัดจำนวนครั้งประมาณ 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยนิโคติตเวทที่มีคำสั่งให้คุมประพฤติจากการกระทำผิด อาจเพิ่มจำนวนครั้งการบำบัดได้ถึง 14 ครั้ง การดำเนินกิจกรรมขั้นนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

### กิจกรรมทบทวนการแก้ไขสถานการณ์จริงจากการปฏิบัติ

ทบทวนทักษะจากบทเรียนในสัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งทุกสัปดาห์จะมีการบ้านให้ผู้ป่วนำกลับไปฝึกปฏิบัติ ทั้งกับตนเองและกับผู้ดูแลด้วยการบันทึกเหตุการณ์ "การทะเลาะวิวาท" ที่เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ โดยการระบุและแก้ไขสถานการณ์กระตุ้นความโกรธของตนเอง และพัฒนาการจัดการเหตุการณ์เหล่านั้นด้วยทักษะที่ได้ฝึกซ้อม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธ จากนั้นจะนำมาปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Dunbar, 2004; ระดับ 7) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์การบำบัด

- 1) The Anger Expression Inventory of The State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Spielberger, 1996) (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4, Chan et al., 2003; ระดับ 3)
- 2) Behavioral Rating (Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Burns et al., 2003; ระดับ 4)
- 3) The Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1991) (Burns et al., 2003; ระดับ 4, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)
- 4) The Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay et al., 1988) (Burns et al., 2003; ระดับ 4)

### การประเมินและติดตามผล

การติดตามผลการบำบัดควรประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Dunbar, 2004; ระดับ 7, Chan et al., 2003; ระดับ 3, สิริรักษา จาติเสถียร, 2547: ระดับ 7, Burns et al., 2003; ระดับ 4) และสามารถติดตามความคงอยู่ของผลลัพธ์ของการบำบัดได้ใน 3 เดือน (Paul et al., 2002; ระดับ 2, Chan et al., 2003; ระดับ 3, Jones & Hollin, 2004; ระดับ 4)

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วนจิตเวช โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2006) เพื่อประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบคือ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

ของ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) หลังจากนั้นสังเคราะห์เนื้อหาสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช จำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง ออกมาเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะด้านโปรแกรมการบำบัด

1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาขั้นตอนการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยจากต่างประเทศ 5 เรื่อง และมีเพียง 1 เรื่องที่เคยนำมาปรับใช้ตามบริบทผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย จึงควรสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมและนำงานวิจัยที่ได้มาปรับใช้ โดยศึกษาในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อประเมินกระบวนการบำบัดและประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร และปรับปรุงก่อนขยายข้อเสนอแนะไปใช้กับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

2) รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ 5 เรื่อง เป็นบริบทของผู้ป่วยต่างประเทศ มีความต่างกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแล จึงควรให้ครอบครัว ผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด และมีการศึกษาโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการกับปัญหาที่นำมาสู่อารมณ์ โกรธและการจัดการกับความโกรธในเชิงสร้างสรรค์

3) รูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมรุนแรง โปรแกรมบำบัดใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนาน โรงพยาบาลผู้ให้ข้อเสนอแนะ อาจจะต้องจัดหาระบบการทำงาน โดยมีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานจิตเวชชุมชน หรือหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ ไม่เกิดการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้เกิดการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบบ่อย จึงควรมีการประยุกต์ใช้ข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช โดยการบำบัดในลักษณะให้การบำบัดกระตุ้นเป็นระยะและติดตามการคงอยู่ของโปรแกรมให้มากกว่า 3 เดือน

4) กลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรจิต จะใช้เวลาในการบำบัดสั้น ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพ เช่น personality disorder ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

โรคจิต อาจจะต้องใช้โปรแกรมบำบัดระยะยาว ซึ่งต้องการผลการวิจัยที่ตรวจสอบและยืนยันอีกครั้งหนึ่ง

#### ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

1) พยาบาลหรือบุคลากรอื่นที่มาเป็นผู้นำกลุ่มควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัด ก่อนนำไปใช้จริงในหน่วยงาน และมีการติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการเผยแพร่ข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดการความโกรธตามแนวคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช กับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้มีการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอแนะเป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป



ANGER MANAGEMENT BASED ON COGNITIVE - BEHAVIORAL  
MODIFICATION IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE-  
BASED NURSING

WIDAWAN JUMPA 5036763 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN

SEEHERUNWONG, D.N.S., WIMOLNUN PUTDIVARNICHAPONG, D.N.S.

**EXTENDED SUMMARY**

**Backgrounds and clinical significances**

A problem most frequently found in mentally ill patients that impact patients themselves, families, and communities as well as clinical services relating to health care personnel, clinical atmospheres, and hospital in general is violent behaviors. Violent behaviors are commonly seen in patients with schizophrenia and other psychotic disorders, antisocial personality disorders, borderline personality disorders, conduct disorders, bipolar I disorders, substance-related disorders, and cognitive disorders (Sunderland, 1997; Leelanankit, 1998). Violent behaviors are aggressive acts accompanied by destroying properties and hurting other people. This violence may happen as at a mild degree such as showing an angry face, giving unfriendly eye contacts, using harsh words and intimidating, and destroying things. Severe violence includes aggressively destroying things, slapping, hitting, kicking, and using weapons to hurt or kill people. These violent behaviors come from anger, distress, and also a desire to conceal the fears of one own self (Panprecha, 2002).

Violent behaviors in most mentally ill patients come from uncontrolled angers. Anger is an emotional state that varies in intensity from mild irritation to intense fury and rage. It is accompanied by physiological and biological changes, such as increases in heart rate, blood pressure, and levels of the hormones epinephrine and

norepinephrine (American Psychological Association, 2005). Anger involves many factors including biological factor such as sensory system receiving and responding to stimulants, genetic and emotion factor, and brain-related factors. The brains controlling violent behaviors are brain stem, hypothalamus, temporolimbic cortex, and prefrontal cortex. In addition, abnormality of neurotransmitters such as serotonin, norepinephrine, dopamine, and gamma-aminobutyric (GABA) as well as an aberration of hormone testosterone and androgens can cause violent behaviors (Reungtrakul, 2005). Other factors inducing anger include situation-induced-anger and perceiving negatively towards events that may stimulate dissatisfaction (Kassinove & Eckhardt, 1995). In addition, learning and education of persons and social culture (Bandura, 1973) are parts of factors generating persons' anger. In mentally ill patients, deviations of perception, confusion, illusion, limitations in anxiety management, distress intolerance, and deficiency of emotional control cause inappropriately social behavior expression leading to violent behaviors (Chan, et al., 2003; Jung, 2000).

Anger impacts both physical and mental health of persons. About 10-20 percent of mentally ill patients have violent behaviors or quarrels with other people two weeks before their hospitalization. Three to thirty seven percent of mentally ill patients hurt health care providers, doctors, and nurses (Reungtrakul, 2005). Up to 50 percents of patients hurt their family members (Leelanankit, 1998).

According to a review of literature regarding anger management programs (Glancy & Saini, 2005), it was found that many patterns or program therapies showed the effectiveness of reducing anger. These program therapies include psycho educational therapy, psychodynamic therapy, behavioral therapy, and cognitive behavioral therapy.

A concept of anger management by Novaco (1991) is one among other concepts suggests reducing anger and violent behaviors. Currently an existing clinical guideline helping mentally ill patients with violent behaviors at the researcher's organization emphasizes providing care and support to patients to be safe and satisfied with care and their life. This guideline guides the health care providers in caring and supporting patients with violent behaviors for many aspects. The caring aspects include safe atmosphere arrangement, training health care providers about violent behaviors, and practice regarding screening and providing care to patients having

violent behaviors as guided by the guideline. Moreover, other nursing care activities such as shift reports, pre-post conferences, and scrutinizing care using C3 THER (care, communication, continuity, team, human resource, environment, equipment and record) are performed to improve care for patients. In addition, group activity therapy providing holistic care and support for schizophrenia patients.

According to the practice as guided by the current guideline above, continuous reports of violence incidence as well as risks and severity of violence in a report of risk incidence have reduced. Effectiveness of patient care and support increases. Nevertheless, overall an increasing number of risk incidences for violent behaviors were reported. More mentally ill patients diagnosed with other mental diseases that are at risk for violent behaviors. Therefore, it is necessary to develop an effective and efficient program for anger management that can lessen violent behaviors in mentally ill patients.

As a result, the researcher as a mental health nurse is interested in studying existing models and developing a new model for anger management based on concepts of cognitive behavioral therapy in mentally ill patients. The developed model can be used in the organization and in helping patients to manage their anger and behave properly as well as in reducing violent behaviors. Additionally, the developed model can enhance mentally ill patients to manage their anger continuously and appropriately with the existing problems of the organization.

### **A clinical problem of study**

How are program of anger management based on the concepts of cognitive behavioral modification effectively reducing anger in mentally ill patients?

### **Study objectives**

This study aimed to analyze program and synthesize program for anger management using cognitive behavioral modification in mentally ill patients.

### **Expected outcomes**

- 1) Nurses have knowledge and understanding anger management in mentally ill patients.
- 2) Nurses have a guideline in providing therapies reducing anger in mentally ill patients that will lead to minimize violent behaviors.

3) Authoritative persons in organizations or divisions of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry can bring the results of studying program of anger management based on concepts of cognitive behavioral therapy to be utilized in mentally ill patients. The results also can be used to develop a standard nursing practice guideline in order for nurses to provide effective nursing care and improve quality of care and services of the institute.

## Methods

The researcher analyzed and synthesized research evidence regarding anger management using cognitive behavioral therapy (CBT) in mentally ill patients. The researcher applied following steps.

### 1. Search strategies for research evidence

The researcher established search for research evidence about the clinical problem by using PICO framework (Craig & Smyth, 2002) as a guide in performing search for research evidence and evidence-based practice, as described below.

P: Population: people with mentally illness, psychiatric patients

I: Intervention: anger management program, anger control program

C: Comparison intervention: none

O: Outcome: reducing anger, anger control

Keywords used in the search included anger management, anger control, reduce anger, cognitive behavioral therapy, anger management intervention, psychological treatment, reduce anger intervention, mentally illness, psychiatric patients, people with mental disorders, people with schizophrenia, people with mood disorders.

### 2. Searching criteria

The researcher sought the evidence from both published and unpublished research studies in Thailand and other countries from following sources.

#### 2.1) Electronic databases

2.1.1) Electronic databases for clinical practice guidelines such as National Library of Medicine - National Institutes of Health ([www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)) and National Guideline Clearinghouse ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)).

2.1.2) Electronic databases collecting systematic review studies such as The Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) and The Joanna Briggs Institute ([www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)).

2.1.3) Other electronic databases collecting research studies and other evidence-based practice such as PubMed, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), OVID, SCIENCE DIRECT, Blackwell Synergy, Springer Link, and MEDLINE.

## 2.2) Hand search

2.2.1) Journals publishing research studies on mentally ill patients.

2.2.2) Reference lists from journal research articles, thesis, and dissertations at universities and institute's libraries in Thailand. The researcher used the lists to retrieve those studies.

Criteria for selecting the evidence The following criteria were used to select the evidence.

1) Studies conducted as randomized controlled trial, controlled trials without randomization, case control, and quasi-experimental as well as expert opinions were selected.

2) Studies conducted within the last 10 years (1999 - 2009) were included.

3) Complete studies published in either Thai or English were selected. These studies were conducted in mentally ill patients with anger management based on cognitive behavioral therapy.

## 3. Analyzing and evaluating the evidences

The researcher analyzed and synthesized contents and knowledge from each evidence by using a summary table. The main contents included objectives, funding support, study hypothesis, setting, samples, tools for outcome assessment, therapy, method, level of evidence, and clinical application. In addition, the table included criteria for possible clinical application based on Polit and Beck (2006) to evaluate the evidence. Polit and Beck suggested three components for evidence evaluation. These components are composed of: 1) If evidence is clinical relevance; 2) If evidence is scientific merit; and 3) If evidence is implementation potential. The

evaluation focused on three main aspects: 1) transferability of finding, 2) feasibility of implementation, and 3) cost-benefit ratio.

#### **4. Evaluating strengths of evidence**

Searching for evidence relating to anger management using cognitive behavioral therapy in patients with mental illness resulted in retrieving 6 studies. The researcher evaluated these studies for quality and strengths of evidence by using a criterion classifying 7 levels of evidence, as indicated by Melnyk and Fineout-Overholt (2005) in order to select the work that is pertinent to the researcher's study. The researcher analyzed and synthesized the evidence for developing a model for anger management in mentally ill patients.

#### **Results**

Searching for evidence related to anger management based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients resulted in 6 studies. These 6 studies included 1 randomized control trial (level 2), 1 controlled trials without randomization (level 3), 2 case control studies (level 4), 1 quasi-experimental (level 6), and 1 expert opinion study (level 7).

#### **Recommendations from evidence analysis**

According to a review of the literature, analysis, and synthesis of 6 studies related to models of anger management based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients, recommendations for nursing care based on this evidence were made. Regarding to the concepts of cognitive behavioral modification, it is believed that cognitive thoughts affect physiological changes, moods, and behaviors of individuals. Novaco (1991) considered anger as an emotional response to an event that stimulates thinking process and unfriendly perception. The unfriendly perception leads to violence behaviors. Novaco's anger management is composed of three steps: 1) cognitive preparation, 2) skill acquisition, and 3) application training. To apply the model of anger management depends on patients' characteristics and the possibility of applying it in real practice. What follows are descriptions of anger management models.

## **Anger management program based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients**

Based on the evidence, recommendations for the anger management in mentally ill patients are as follows.

### **Characteristics of program participants**

Patients suitable for receiving the anger management therapy based on cognitive behavioral modification are mentally ill patients having violence behaviors and problems with anger management. These patients include both mentally ill patients in general and mentally ill patients committing crimes from their violence behaviors. The latter patients are taken care in high security. The qualifications of patients to be recruited into the program are described as below.

- 1) Schizophrenia patients, patients with personality disorders, patients with learning disabilities, and/or patients with other diseases that make patients have personality disorders particularly social isolation and bipolar affective disorder. These patients have court orders to control their mistaken behaviors such as setting a fire and public indecency or indecent exposure [Paul et al., 2002 (level 2); Chan et al., 2003 (level 3); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4); Dunbar, 2004 (Level 7)].

- 2) Patients who have problems with anger management at mild to severe level and received court punishments for physical assaults to other people, murder, or who are referred from other hospitals because the patients have anger problems. These patients are assessed from clinical interviews, patient's chart reviews, and psychological tests (Jones & Hollin, 2004; level 4).

- 3) Patients who are male and female and 15-59 years olds [Paul et al., 2002 (level 2); Chan et al., 2003 (level 3); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4); Dunbar, 2004 (level 7)].

- 4) Patients whose mental problems are subside, as assessed by The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) with scores less than 30 (Chan et al., 2003; level 3). This scale is widely used in many mental health care organizations in Thailand and it is passed for quality assessment.

- 5) Patients are those who do not have the following problems. Patients have acute psychotic and manic problems. Patients are alcoholic or drug addicts.

Patients have severe depression. Patients have moderate to severe head injury. Patients have any problems that prevent them in participating in a one hour therapy per week. Patients have anger and violent behavior with a history of hurting people related to sexual violence and physical assaults (Dunbar, 2004; level 7).

### **Qualifications of therapists**

Nurses or psychologists having been trained in cognitive behavioral therapy are qualified to provide a therapy for anger management [Paul et al., 2002 (level 2); Chan et al., 2003 (level 3); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4); Dunbar, 2004 (level 7)].

### **Duration of the therapy**

The therapy takes about 10-16 sessions; 1-2 sessions per week dependently on patients' characteristics or duration of their hospital stays. For patients involving with crime and having court orders to control their mistaken behaviors, the therapy may increase up to 36 sessions.

Duration for each therapy session lasts 1-2 hours. It is up to types of patients such as patients with learning disabilities. Each therapy session may be divided into two parts: one hour per each part [Paul et al., 2002 (level 2); Chan et al., 2003 (level 3); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4); Jatisatien, 2004 (level 6); Dunbar, 2004 (level 7)].

### **A number of group members**

Patients with severe violence behaviors may be assigned to a group of 3-8 patients [Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003]. For example, for forensic patients sentenced for violence behaviors that need hospitalization with strict safety control the therapy can be conducted for a group of 3 patients. For patients with mild anger, the therapy can be carried out for a group of 9-15 patients (Dunbar, 2004; level 7).

### **Settings**

The therapy is taken place at inpatient care units or out-patient care units.

### **Steps of cognitive behavioral therapy for anger management**

There are three steps of cognitive behavioral therapy for anger management.

#### **1) Cognitive preparation**

This step prepares patients' cognitive thoughts in order to generate knowledge about anger. Patients learn about cognitive process, physiological change,

and behavioral expression of anger. Patients also learn about situations stimulating angers and consequences of angers. The therapists encourage patients to analyze their anger by identifying and remembering specific events that stimulated their anger and their anger-response experiences. Moreover, the therapists encourage patients to understand the relationships of thoughts and hypothesis affecting their anger and to observe and stop their automatically physical responses before having violent behaviors. Approximately, the therapy takes 2-3 times depending on patients. For legally involved patients having court orders to control their behaviors, the therapy may expand up to 6 times. The therapy contains following activities.

### **1.1) Activities that prepare for anger changes**

- 1) The therapists build therapeutic relationships by giving an introduction and explaining objectives of the therapy (Jones & Hollin, 2004; level 3).
- 2) The therapists develop patients' trust, confidence, and motivation in receiving the therapy (Jones & Hollin, 2004; level 3).

### **1.2) Activities that build awareness about cognitive behavioral modification**

- 1) The therapists build patients' self awareness and perceptions of their own problems (Jones & Hollin, 2004; level 3).
- 2) The therapists help patients explore their daily life plan and ways to improve it in order to prevent violence behaviors (Burns et al., 2003; level 4).
- 3) The therapists build patients' awareness regarding linking thoughts, emotions, physiological and behavioral changes, and anger responses (Paul et al., 2002; level 2, Burns et al., 2003; level 4).
- 4) The therapist explore patients' beliefs, anger-stimulating situations, and automatic thoughts that correlate with their anger (Burns et al., 2003; level 4).

### **1.3) Activities that help patients identify and accept their angers**

- 1) The therapists provide the patients psycho-education regarding anger and violence behaviors (Jones & Hollin, 2004; level 3).
- 2) The therapists provide mental health education regarding negative thoughts stimulating anger to patients [Paul et al., 2002 (level 2); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Dunbar, 2004 (level 7)].

3) The therapists provide the patients psycho-education about finding emotions that conceal behind their anger (underlying emotion) [Paul et al., 2002 (level 2); Dunbar, 2004 (level 7)].

4) The therapists offer to patients psycho-education regarding physical signals of their anger [Paul et al., 2002 (level 2); Jones & Hollin, 2004 (level 3); Dunbar, 2004 (level 7)].

## 2) Skill acquisition

This step trains patients to learn skills in anger management towards anger-stimulating situations. Patients learn new skills that can be used to manage their anger by practicing cognitive behavioral modification. This step emphasizes practicing skills such as relaxation skills, social and communication skills, problem solving skills, and proper response skills. This step makes patients suitably respond to anger-stimulating situation without violence behaviors. The therapy takes 6-10 times depending on patients. For patients with court orders to control their behaviors, the therapy may increase up to 16 times. The therapy for this step includes the following activities.

Activities that train patients' skills in responding to anger-stimulating situations

1) The therapists provide "Open mind" activity to patients (Dunbar, 2004; level 7). Open mind activity helps patients to determine if a situation is an important one for following-up to compromise or ignore it. The open mind activity will help patients assess their needs to control the situation according to their desire.

2) The therapists educate the patients regarding responsibility for management of anger (Dunbar, 2004; level 7).

3) The therapists provide the activities that train the patients about assertive responses [Jones & Hollin, 2004 (level 4); Dunbar, 2004 (level 7)].

4) The therapists train the patients to boost their self esteem (Dunbar, 2004; level 7).

5) The therapists train the patients about self-statements (Jones & Hollin, 2004; level 4).

6) The therapists train the patients how to release and manage their resentment (Dunbar, 2004; level 7).

7) The therapists train the patients about relaxation techniques (Dunbar, 2004; level 7).

8) The therapists provide physical activity to the patients (Dunbar, 2004; level 7).

9) The therapists train the patients how to avoid anger-stimulating situations within minutes (Jones & Hollin, 2004; level 4).

10) The therapists train patients how to manage anger-stimulating situations such as situations when they are looked down, intimidated, despair, and irritated. The therapists train the patients about using problem solving techniques, assertiveness training, and distress tolerance technique. The activities incorporate role play and watching television and movies depicting good examples of appropriate anger management (Jones & Hollin, 2004; level 4).

### **3) Application training**

This step deals with applying training techniques to real situations. In this step each patient has opportunities to apply techniques in anger management he/she has learned and been trained into role play situations stimulating his/her anger and violence behaviors. The therapists provide learning examples from the group that start from mild problems to complex and severe problems. The therapists trained patients' skills since the beginning to the end of activities. The training is run until patients can manage the situations by themselves and they can transfer their skills to other patients so that it leads to patients' real practice in their daily life. The therapy takes 2-3 times depending on patients. For patients with the court order to control their behaviors, the therapy may amplify up to 14 times. The application training consists of following activities.

Activities that help the patients to recheck and correct the real situations from practice

The therapists repeat skills from previous week' lesson. For each previous week the therapists assigned homework to patients in order for them to practice their skills both by themselves and with their health care providers. They record their hassle log happening in the past week by indicating situations and solving techniques they used. The patients also record the progress of anger-situation

management by using the trained skills. The patients analyze and evaluate situations stimulating their anger. Then, they bring the hassle log and their anger-management skills into the group therapy to exchange ideas within the group [Paul et al., 2002 (level 2); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4); Dunbar, 2004 (level 7)].

### **Tools used to evaluate outcomes of the therapy**

The following tools are used to evaluate outcomes of the therapy.

- 1) The Anger Expression Inventory of the State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) [Spielberger, 1996; Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4); Chan et al., 2003 (level 3)].
- 2) Behavioral Rating [Jones & Hollin, 2004 (level 4); Burns et al., 2003 (level 4)].
- 3) The Novaco Anger Scale (NAS) [(Novaco, 1991; Burns et al., 2003 (level 4); Jones & Hollin, 2004 (level 4)].
- 4) The Modified Overt Aggression Scale (MOAS) [Kay et al., 1988; Burns et al., 2003 (level 4)].

### **Evaluations and follows-up**

Outcome evaluations and follows-up are conducted at the end of the program therapy [Paul et al., 2002 (level 2); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Chan et al., 2003 (level 3); Dunbar, 2004 (level 7); Chan et al., 2003 (level 3); Jatistien, 2004 (level 7); Burns et al., 2003 (level 4)]. The outcome evaluation can be followed-up within 3 months [Paul et al., 2002 (level 2); Jones & Hollin, 2004 (level 4); Chan et al., 2003 (level 3)].

### **Summary of study**

This study aimed to analyze evidence and synthesize a Program for anger management based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients. In order to analyze evidence and synthesize the Program, the researcher performed three key strategies. 1. The researcher sought for evidence-based studies and practice that are pertinent to the clinical problem. 2. The researcher analyzed the evidence by using assessment criteria for implementation potential, as suggested by Polit and Beck (2006). The researcher assessed the quality of evidence in three components: 1) the

evidence is pertinent to clinical problems; 2) the evidence has scientific merit; 3) the implementation potential of the evidence. 3. The researcher assessed the strengths of evidence by using a criterion classifying a level of evidence, as indicated by Melnyk and Fineout-Overholt (2005). Afterwards, the researcher synthesized major contents from 6 evidence-based studies regarding anger management based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients to provide recommendations for anger management in these patients.

### **Recommendations for program therapy**

1) This study was conducted to study a process of analyzing and synthesizing 6 evidence-based studies and practice. The evidence-based studies included 5 studies from other countries and only 1 study reporting about applying the anger management therapy from other studies with the context of mentally ill patients in Thailand. Therefore, interest users of this therapy model should search for more evidence-based studies and practice and then apply the results with adjustment. The intent users should conduct a pilot study to assess the process of therapy and evaluate therapy outcomes, cost effectiveness, satisfactions of patients and health care personnel. The intent users should improve the therapy Program before distributing the recommendations for model application in other organizations in the hospital.

2) The program of anger management based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients was analyzed and synthesized from 5 studies in international contexts. These contexts are different from the contexts of mentally ill patients in Thailand in that Thai patients live with their families and care givers. Therefore, the therapy should include families and care givers. Further studies may be conducted in families involving in the support for patient's life plan to encourage patients in their anger management based on cognitive behavioral modification.

3) In the program for anger management based on cognitive behavioral modification in mentally ill patients with violence behaviors, the program therapy for patients' participation in the program rather take long time. Nurses who use the model recommendations may set a working system by coordinating with community mental-health divisions or out-patient department's divisions, and other involving divisions for continuous follows-up. Therefore, patients can receive the benefits until they

complete the program therapy; no drop out or missing during the program participation. Thus, the follows-up for outcome evaluation show obvious results.

Patients with mental illness often have relapse symptoms. Therefore, the therapists should apply the recommendations of the model for anger management based on cognitive behavioral modification with adjustments. The therapy should be provided to stimulate patients periodically and the follows-up for the stability of program outcomes should be conducted more than 3 months.

### **Recommendations for health care personnel**

1) Nurses or psychologists should be trained to gain knowledge and understanding about the program therapy because applying the program in real practice of organizations. Continuous evaluations should be conducted to improve the program and outcomes.

2) Recommendations about the model of anger management using cognitive behavioral modification in mentally ill patients should be distributed in health care teams and in involving organizations, both inside and outside. Thus, studies and improvement of recommendations are conducted consistently so that good recommendations are achieved. The distribution and improvement may be conducted at academic conferences, through journal publication, and related electronic databases.

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2545). *แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ด้านสาธารณสุข*. นนทบุรี: สยามอินสแตร์ทมาเก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลยา สุวรรณสิงห์. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง*. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรชัย มิ่งส่วน. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อลดอัตราการผูกคอตายในผู้ป่วยจิตเวช*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. (2545). *จิตเป็นเหตุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ทศไนย วงศ์สุวรรณ. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ลีถำนันทกิจ. (2541). *การบริหารจัดการและรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรง กับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร*. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพดล วานิชฤดี, ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม. (2549). *โปรแกรมการค้นหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมหลบหนี*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ปลาดคา เหมโลหะ. (2549). *การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). *ระบาควิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัทลิมบราเตอร์การพิมพ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. (2544). *ตำราจิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- มิ่งขวัญ สกฤตศรีฟอง, พงนา กนิษฐสุด, ดวงตา กุรัตนญาณ. (2542). *ผู้ป่วยจิตเวชและพฤติกรรมรุนแรง*. บทคัดย่อที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิรินภา จาติเสถียร. (2547). *ผลของการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธ ต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา*. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). *รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยในจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทย*. Retrieve March 13, 2007, form <http://service.nso.go.th/nso/home.html>.
- หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง. (2550). *การสอนการจัดการความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. รายงานการศึกษอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2547). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องความเป็นเลิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วันที่ 20-21 กันยายน 2547. กรุงเทพมหานคร.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition Text Revision DSM-IV-TR* (Text Revision Eds.). Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- Antai-Otong, D. (2008). *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts*. (2<sup>nd</sup> ed.). Canada.

- Bandura, A. (1973). *Agression: A social learning analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice Hall.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: meta-analysis, *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). Southern Illinois University Edwardsville. IL.
- Burns, M., Bird, D., Leach, C. & Higgins, K. (2003). Anger management training: the effects of structured programme on the self-reported anger experience of forensic inpatients with learning disability. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 569-577.
- Chan, H.-Y., Lu, R.-B., Tseng, C.-L., & Chou, K.-R. (2003). Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 17(2), 88-95.
- Cox, D. E. & Harrison, D. W. (2008). Models of anger: contributions from psychophysiology, neuropsychology and the cognitive behavioral perspective. *Brain struct funct*, 212, 371-385.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The evidence-based practice manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Deffenbacher, J. L. (1996). State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*, 2, 131-148.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 70-84.
- Dunbar, B. (2004). Anger Management: A Holistic Approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(1), 16-23.
- Ellis, A. (1977). *Anger-how to live with and without it*. New York: Carol Publishing Group.
- Eckhardt, C. L., & Deffenbacher, J. (1995). Diagnosis of anger disorders. In: In H, Kassinove. (Eds.), *Anger disorder: definition, diagnosis and treatment*. Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: A review of literature. *American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1584-1591.

- Glancy, G., Saini, M. A. (2005). An evidenced-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(2), 229-248.
- Graham, S., & Hoehn, S. (1995). Children's understanding of aggression and withdrawal as social stigmas: an attributional analysis. *Child Dev*, 66, 1143-1161.
- Howells, K., Day, A., Williamson, P., Bubner, S., Jauncey, S., Parker, A. & Heseltine, K. (2005). Brief anger management programs with offenders: Outcomes and predictors of change. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), 296-311.
- Jones, D., & Hollin, C. R. (2004). Managing problematic anger: The development of a treatment program for personality disordered patients in high security. *International Association of Forensic Mental Health Services*, 3(2), 197-210.
- Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorder: Basis science and practice issue. In H, Kassinove. (Eds.), *Anger disorder: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 1-26). Washington, D. C. : Taylor & Francis.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Journal of Philosophical Transactions of the Royal Society*, 363, 2577-2597.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bull*, 119, 322-348.
- Novaco, R. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, M. A. : Lexington Books.
- Novaco, R. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J, Monahan & H. J. Steadman. (Eds.). *Violence and mental disorders* (pp. 21-59). Chicago: Aldine.
- O' Neill, D. P., & Kenny, E. K. (1998). Spirituality and chronic illness image. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 275-280.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Nursing research: Principles & methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Paul, W., Jessica, J., Rachel, T., & Gill, G. (2002). A Randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.
- Pakaslahti, L. (2000). Children's and adolescents aggressive behavior in context: The envelopment and application of aggressive problem-solving strategies. *Aggress Violent Behavior*, 5, 467-490.
- Speilberger, C. D. (1994). *The use of psychological test for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Speilberger, C. D. (1995). *Anger disorder: definition, diagnosis, and treatment*. Washington, D.C: Taylor & Francis.
- Speilberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7<sup>th</sup> ed.). United Psychological Treatments of Anger and Aggression: Brief Treatment and Crisis Intervention, United States of America.
- Sunderland, T. (1997). Trends in violence and aggression. *Online coverage from the 150 th annual meeting of American Psychiatric Association*, May 18-21. Retrieved January 10, 2005 from the [http://www.Dangerousbehaviour.Com/Disturbing News/ Trends in violence and Aggression htn](http://www.Dangerousbehaviour.Com/DisturbingNews/Trends%20in%20violence%20and%20Aggression.htm).
- Suls, J., Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bull*, 131, 260-300.
- Tardiff, K. (1998). Prediction of violence in patients, *Journal Practical Psychiatry Behavioral Health*, 4(1), 12.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W. Gillmer, B., & Thorne, I. (2002). Cognitive behavioral treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 151-165.

Townsend, M. C. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of care in evidence-based practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). United States of America.

Videbeck, S. L. (2001). *Anger, hostility and aggression. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott.*



## ประวัติผู้ศึกษา

**ชื่อ** นางสาววิดาวรรณ จำปา

**วัน/เดือน/ปีเกิด** 27 ตุลาคม 2516

**สถานที่เกิด** จังหวัดตรัง

**ประวัติการศึกษา** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วชิระ, 2539  
จังหวัดกรุงเทพฯ  
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น  
วิทยาลัยพยาบาลจังหวัดนนทบุรี, 2546  
จังหวัดนนทบุรี  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

**ประวัติการทำงาน** ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**สถานที่ทำงาน** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600  
โทรศัพท์ 02-4370200-8  
Email : Widawan@gmail.com