



ผลของโปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

The Effects of Cognitive –Behavior Therapy Program on Psychotic Symptoms of
Schizophrenia Patients in the Community

ณัฐิกา ราชบุตร¹, สุรียา ราชบุตร^{1*}, กรองจิต วลัยศรี²

¹สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด 45120

²สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ ร้อยเอ็ด 45120

Natika Rachabootr¹, Suriya Rachabudtr^{1*}, Krongjiit Walaisri²

¹Division of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Roi Et University, Roi Et 45120

²Division of Mental Health and Psychiatric Nursing, Professional Nursing Nurse,

Selaphum Hospital, Roi Et University, Roi Et 45120

*Email : rachabootr1108@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 5 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Terkington & Kingdon 6 ขั้นตอน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที รวมเวลา 6 สัปดาห์ คุณภาพของโปรแกรมมีค่า IOC เท่ากับ .90 2) แบบประเมินอาการทางจิตอย่างสั้น (brief psychiatric rating scale : BPRS) 3) ประเมินภาวะความบกพร่องความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา (Mini Mental Status Examination : MMSE) และ 4) แบบประเมินการตระหนักรู้อาการทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง (ค่าเฉลี่ย BPRS ก่อนบำบัด 32.8 หลังบำบัด 28 คะแนน) การตระหนักรู้ในอาการเจ็บป่วยมากขึ้น (ก่อนบำบัดคะแนนเฉลี่ย 12.2 หลังบำบัดคะแนนเฉลี่ย 13.8 คะแนน) และการให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ข้อเสนอแนะคือการทำบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลต่อการบำบัดที่น่าพึงพอใจ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งการนำโปรแกรมบำบัดดังกล่าวไปใช้ในการดำเนินงาน ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญการบำบัดเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม



Abstract

This study aimed to investigate the effects of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Program following the Cognitive Behavioral Therapy model on 5 schizophrenic patients who were at outpatient care at Selaphum Hospital, Roi Et Province during October- December 2018.

The tools used were the Cognitive Behavioral Therapy Program, the brief psychiatric rating scale (BPRS), Mini Mental Status Examination (MMSE) and Insight Rating Scale. The Cognitive Behavioral Therapy Program for schizophrenic patients in the community was adapted from Terkington and Kingdon. The program consisted of six processes and was used with patients once a week for six weeks. Each session took 45 to 90 minutes. The program was evaluated by the quality using index of item objective congruence and the value was .90. Data were analyzed by content analysis. The results of the study showed that after participating in the program, patients showed a reduction in their schizophrenic symptoms with on average pre-BPRS score of 32.8 and post-score of 28. They had higher awareness of their symptoms with a pre-test score of 12.2 and post-test score of 13.8. They adhered to the medications. The recommendation of the study was that the Cognitive Behavioral Therapy Program was proved to be effective, and the result was satisfactory. In addition, staffs should be trained to effectively use the Cognitive-Behavior Therapy Program.

Keywords : Schizophrenia patients, cognitive-behavior therapy

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 480,266 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.73 ของประชากรทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 18 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดที่มารับบริการ⁽¹⁾ การเจ็บป่วยของโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างสูง⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาการดังกล่าวไม่เกิดจากโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด^(3,4) สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท พบว่า มีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวเคมี ปัจจัยทางด้านจิตใจ รวมถึงด้านครอบครัว โดยพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion) มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงทางอารมณ์ต่ำ⁽⁵⁾ การรักษาผู้ป่วยจะเน้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพื่อให้อาการด้านบวกที่เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงให้สงบลงโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3-6 สัปดาห์ หลังจากนั้น ผู้ป่วยจะกลับไปรับประทานยาที่บ้าน และรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนแม้จะมีอาการหลงเหลือ ครอบครัวจะรับผิดชอบร่วมกับพยาบาลจิตเวชในชุมชนเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ⁽⁶⁾ ของผู้ป่วย การบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชพัฒนาขึ้นโดย Beck มีแนวคิดเชื่อว่าความคิดมี



อิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของคนเรา Guo et al. ได้นำโปรแกรมการบำบัดด้านการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างสั้นที่พัฒนาตามโปรแกรมการบำบัดของ Terkington & Kingdon⁽⁷⁾ บำบัดผู้ป่วยจิตเภทแบบรายบุคคลในชุมชน จำนวน 220 ราย จากศูนย์ดูแล 6 ศูนย์ ใน 4 ตำบล ในกรุงปักกิ่ง คือ Xicheng, Dongcheng, Chaoyang และ Haidian แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 110 ราย ผลการวิจัย พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy ; CBT) สามารถพัฒนาอาการด้านลบ การรับรู้การเจ็บป่วยตนเอง การจัดการกับอารมณ์โดยเฉพาะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานใจ และการทำหน้าที่ทางสังคมได้⁽⁷⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁸⁾ การบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตที่ติดยาในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าหลังการบำบัดถึงระยะการติดตามการบำบัดมีผลต่ออาการด้านบวกและอาการทั่วไป สำหรับหลักฐานการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย มีรูปแบบการบำบัดในโรงพยาบาลเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลเป้าหมายเพื่อลดอาการด้านบวก ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการหูแว่วหลงผิดลดลง ยอมรับการเจ็บป่วย และร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ แต่ยังไม่มีการบำบัดแบบรายบุคคลในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของ Terkington & Kingdon⁽¹⁰⁾ มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในอาการเจ็บป่วยของตนเอง ร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ป้องกันอาการกำเริบรุนแรงสามารถใช้ศักยภาพสูงสุดในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่ออาการทางจิต การตระหนักรู้อาการทางจิตและความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนา โดยนำโปรแกรมการบำบัดด้วย CBT มาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น คือ 1) มีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษา 2) ประเมินอาการทางจิตอย่างสั้น (brief psychiatric rating scale; BPRS) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน 3) ประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (mini mental status examination; MMSE) คะแนนมากกว่า 18 คะแนน และ 4) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ สื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีเข้าร่วมการบำบัดครบทุกขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม ถึงวันที่ 27 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น ประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องความคิด ความจำและเซาว์ปัญญา พัฒนาโดย ดร.ณี ภูขาว อ้างถึงในอัจฉรา มุ่งพานิช⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวด ก) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) 10 คะแนน หมวด ข) ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล (registration) 3 คะแนน และหมวด ค) ความจำเฉพาะหน้า 7 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน การแปลผล 18 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางสมองที่มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด

(cognitive impairment) 2) แบบประเมินอาการทางจิตอย่างสั้น เป็นแบบประเมินตรวจสอบอาการทางคลินิก ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิต ก่อนคัดเลือกเข้าสู่วิทยาการ และประเมินหลังการบำบัดสิ้นสุด เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการทางจิตก่อนและหลังการบำบัด มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 คะแนน พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ อ้างถึงในอัจฉรา มุ่งพานิช⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1=ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมด 126 คะแนน การแปลผล คือ ≤ 18 คะแนน หมายถึง อาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ 19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย และ 37-126 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน 3) แบบประเมินการตระหนักรู้อาการทางจิต⁽¹¹⁾ ซึ่งดัดแปลงมาจาก insight rating scale ที่พัฒนาโดย David เป็นแบบประเมินที่มีทั้งหมด 7 ข้อ และเพิ่มเติมอีก 1 ข้อ วัดองค์ประกอบ 3 ด้านของการตระหนักรู้อาการทางจิต คือ การให้ความร่วมมือในการรักษา การตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนมุมมองด้านอาการทางจิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด คือโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของ Terkington & Kingdon⁽¹⁰⁾ นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชนที่ศึกษา มี 6 ขั้นตอน ดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับจุดประสงค์ (index of item-objective congruence; IOC) เท่ากับ .90 รายละเอียดโปรแกรม มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS ประเมินการตระหนักรู้อาการทางจิตและความร่วมมือในการรับประทานยา และในช่วงที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และช่วงที่ 2 ประเมินองค์ประกอบด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยรับรู้ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิต สรุปความคิดความเชื่อ และกำหนดเป้าหมายการบำบัด

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 ช่วงที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ช่วงที่ 2 นำเหตุการณ์ที่กล่าวถึงมาเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยเหตุการณ์ที่มาระดับ (A) ความคิด (B) และพฤติกรรมที่ตอบสนอง (C) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจองค์ประกอบของเหตุการณ์ และช่วงที่ 3 เรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่เป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดอาการทางจิต ผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เคยเกิดขึ้นในอดีต

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 ให้ความรู้เรื่องความคิดด้านลบ/ความคิดที่บิดเบือนที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตด้วยเทคนิค A-B-C model โดยในช่วงที่ 1 เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์อารมณ์และพฤติกรรม และความคิดที่เบี่ยงเบนที่สัมพันธ์กับอาการทางจิตผ่านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และช่วงที่ 2 ให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการวิเคราะห์เหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยหาหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านเพื่อนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้องต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 การใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือน ด้วยเทคนิค A-B-C model โดยฝึกทักษะในการดักจับ ตีความ และปรับความเชื่อที่บิดเบือน โดยช่วงที่ 1 ทบทวนความคิดด้านลบ



ตรวจสอบเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองเกี่ยวกับการคิดที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริงมากขึ้นโดยใช้สถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยรับรู้ และช่วงที่ 2 ส่งเสริมผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบต่อผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิธีการการเผชิญปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 5 ขั้นตอนที่ 5 บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผีกทักษะปรับตัวและจัดการกับอาการทางจิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ช่วงที่ 1 การฝึกเปลี่ยนมุมมองเพื่อกลับไปสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน การฝึกผ่อนคลายความเครียด เพื่อเตรียมตนเองต่อการเผชิญปัญหา และช่วงที่ 2 เป็นการทดสอบความน่าเชื่อถือของความคิด ด้วยการได้ทดลองในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของตนเอง

สัปดาห์ที่ 6 ขั้นตอนที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรม ได้แก่ ทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การนำทักษะการจัดการอาการตามแนวคิด CBT ไปใช้เมื่อประสบกับปัญหา เน้นย้ำการรับประทานยาที่มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่จะลดอาการทางจิต กลยุทธ์การเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเอง ให้ผู้ป่วยได้เห็นความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปรับตัว สามารถจัดการอาการได้ต่อไป ประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS ประเมินการตระหนักรู้อาการทางจิต และความร่วมมือในการรับประทานยา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้หากต้องการ และหากยินดีเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างจะลงนามยินยอมในแบบฟอร์ม (informed consent form) และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หรือเพื่อพัฒนาด้านวิชาการเท่านั้น การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง 007/2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานจิตเวชซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติสอดคล้องตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้ 1) พบผู้ป่วยและญาติที่มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัดที่คลินิกจิตเวช ในวันจันทร์เวลา 09.00 -12.00 น. เพื่ออธิบายหรือเชิญชวนร่วมวิจัย จัดตารางนัดหมายวัน เวลาที่จะเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมที่กำหนด พร้อมกับมอบบัตรนัดหมายให้กับผู้ป่วย และ 2) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อดำเนินการบำบัดตามโปรแกรมจำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ทุกวันจันทร์ตามตารางนัดหมาย

ผลการวิจัย

รายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 38 ปี หย่า การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปี มีประวัติหูแว่ว มีเสียงคนสั่งให้ทำตาม บางครั้งบอกว่าตนเองเป็นองค์ดำ หลงผิดว่าตนเองเป็นพระนเรศวร ระแวงกลัวคน



ทำร้าย พฤติกรรมก้าวร้าว เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช 1 ครั้ง ขณะอยู่บ้านอาการดีขึ้น มีอาชีพเลี้ยงไก่ชนชาย ไม่ตระหนักในการเจ็บป่วย ตื่นสุราเวลามีนานเทศกาล ทำให้มีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ ทะเลาะกับแม่ เมื่อมีอาการกำเริบ ผลการดำเนินการบำบัดในขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม (socialization) ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดดี ในขั้นตอน 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและผลกระทบ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการของโรคสามารถเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะกับคนทั่วไป (normalization) ร่วมกับเทคนิคการสอน ประกอบสื่อแผ่นพับเพื่อเข้าใจง่าย ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับดีสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ยอมรับว่าป่วยทางจิตมานาน เปื่อกินยา “ไปเที่ยวงานดึกผมก็ไม่กินยา ถ้ากินยามันจะง่วงนอน หูแว่วก็เสียงดังมากขึ้น ไม่อยากไปนอนโรงพยาบาล กลัวชาวบ้านนินทาว่าเป็นบ้า เลยไม่บอกใคร” ในขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถประเมินสถานการณ์ ความคิดความรู้สึกต่อสถานการณ์ รวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ได้ ในขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยบอก่านอนดึกเนื่องจากไปดูหมอลำงานบุญในหมู่บ้านอีก “ผมอยากไป อดบได้ครับ” มีอาการหูแว่ว เสียงบอกว่าตนเองเป็นองค์ดำ นอนไม่หลับ ความคิดด้านลบในครั้งแรกคือ “เป็นองค์ดำอีกแล้ว กลัวแม่จะต้องพาไปนอนโรงพยาบาลมาก” ผู้วิจัยได้ฝึกให้ปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้เทคนิคการนำไปสู่การค้นพบ (Guide discovery) , เทคนิคค้นหาหลักฐานและทดสอบหลักฐาน (Evidence-counter Evidence Technique) และเทคนิคการคิดทางเลือกใหม่ (Alternative Explanation Technique) ผู้ป่วยบอกว่า “จริงแล้วมันก็เป็นอาการผมนั่นแหละครับ ไม่มีจริงหรอก” และบอกวิธีการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานจากหูแว่วโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ หากิจกรรมที่ชอบทำ “ผมอาบน้ำไก่ รดน้ำผักให้แม่ ไม่สนใจ ไม่หมกมุ่นกับเสียงหูแว่ว และท่องว่ามันไม่เป็นจริง ๆ ครับ” จากเดิมอารมณ์หงุดหงิด 100 คะแนน รู้สึกกลัว 100 คะแนน นอนไม่หลับ 80 คะแนน ลดลงเป็น 10, 10, และ 30 คะแนนตามลำดับ ขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างพฤติกรรมใหม่ (Behavioral Reattribution Technique; BRT) ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการตามกลยุทธ์ทางพฤติกรรมที่เหมาะสม “ผมจะไม่นอนดึก จะกินยาต่อเนื่องตรงเวลา ไปงานบุญผมจะไม่อยู่จนดึกอีกแล้วครับ” ผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง และในขั้นตอนที่ 6 กลยุทธ์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสำรวจความไม่สบายใจและวิธีการป้องกันการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์กระตุ้นให้อาการกำเริบ คือวัยรุ่นขับมอเตอร์ไซด์เสียงดังตอนกลางคืน ความคิดครั้งแรก “แม่..เฮ้ยไม่เกรงใจคน นกเลงแท้ ไปตายซะ” รู้สึกหงุดหงิด 100 คะแนน โกรธ 60 คะแนน นอนไม่หลับ 80 คะแนน ผู้ป่วยปรับวิธีคิดว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา ตอนเป็นวัยรุ่นผมก็ชอบขี่มอเตอร์ไซด์ ช่วงมันเถอะ” ทำให้หงุดหงิด 10 คะแนน, โกรธ 0 คะแนน, นอนหลับได้ ผู้ป่วยบอก “ผมสบายใจ ดูแลตัวเองได้ หมอสอนผมแล้ว ผมคงไม่ได้ไปนอนโรงพยาบาลแน่นอน ผมมั่นใจ 80 คะแนน” คะแนน BPRS ลดลงจาก 34 คะแนน เป็น 30 คะแนน การตระหนักรู้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจาก 13 คะแนนเป็น 14 คะแนน

รายที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 31 ปี โสด การศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปี ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต มีหูแว่วเสียงจะฆ่าร้าย ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย เอะอะอาละวาด หลงผิดว่าตนเองไม่มีลำไส้ และความคิดกระเจาไปในอากาศ ชังตนเองอยู่แต่ในห้อง ไม่รับประทานอาหาร เคยเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด 1 ครั้ง ขณะอยู่บ้านอาการจะสงบ หยดยาเอง เพราะคิดว่าตนเองหาย ทำให้อาการกำเริบเป็นพัก ๆ ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม (socialization) ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดดี ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและผลกระทบ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสอนประกอบสื่อแผ่นพับ ต้องใช้ภาษาอีสานสื่อสารเพื่อให้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับปานกลาง สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเมื่อ



กระตุ้นซ้ำ ๆ และใช้เทคนิคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการของโรคสามารถเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะกับคนทั่วไป (normalization) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคสามารถกำเริบได้กับทุกคนถ้าไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยยอมรับว่าป่วยทางจิตมานาน รักษาไม่นาน “ผมป่วยมานาน ร่างกายอ่อนแอ ทำงานหนักได้ไม่นาน ทำงานช่วยพ่อแม่ไม่ได้แน่นอน เชื้อมัน 100 คะแนน” “กลัวชาวบ้านนินทาว่าเป็นบ้า 80 คะแนน อยากให้หมอช่วย” ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง A-B-C model และฝึกทักษะเกี่ยวกับการจับความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจจากอาการหูแว่ว และหลงผิด ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถประเมินสถานการณ์ ความคิดความรู้สึกต่อสถานการณ์ รวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ได้ แต่ต้องพูดซ้ำ 2 ครั้ง ใช้คำพูดสั้น ๆ ชัดเจนและเข้าใจง่าย ในขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ใช้ Alternative Explanation Technique เพื่อเลือกวิธีคิดแบบใหม่ที่ทำให้สบายใจ ฝึกคิดด้านดี เช่น การมีหูแว่วเสียงขู่จะทำร้าย ระวังกลัวคนจะมาทำร้าย ทำให้ทะเลาะกับพ่อแม่ และคนอื่น ผู้ป่วยบอกว่า “คิดว่าไม่ได้ทะเลาะกับใคร คงไม่มีใครจะมาทำร้ายหรอก เป็นอาการป่วยของตนเองนั่นแหละ” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ใช้เทคนิคค้นหาหลักฐานมาสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “ถ้ามีอาการ จะตามเสียงไปว่าเป็นเสียงใคร และถามพ่อว่าเห็นคนพูดมัย ถ้าพ่อบอกไม่เห็นใคร ผมก็จะยอมรับว่าเสียงแว่วไม่มีจริง เป็นอาการป่วยกำเริบ” ความรู้สึกใหม่ต่ออาการหูแว่ว ผู้ป่วยบอกว่าโกรธลดลงจาก 100 เหลือ 10 คะแนนระวังตัวจาก 80 คะแนนเหลือ 10 คะแนน ทำให้อนอนหลับได้ และผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค normalization ว่า ในสถานการณ์ดังกล่าว คนทั่วไปก็ต้องรู้สึกไม่ต่างจากผู้ป่วยหากขาดยา เพราะสารสื่อประสาทไม่สมดุล จะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ “ผมเคยด่าพ่อแม่ เพราะหงุดหงิดเวลาได้ยินเสียงคนขู่ทำร้ายผม ผมบาว” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้เล่นบทบาทสมมติ พูดขอโทษพ่อแม่ที่ทะเลาะกับท่านเมื่อมีหูแว่ว ผู้ป่วยแสดงได้เหมาะสม “ดีจังครับ ผมจะกลับบ้านผมจะลองทำดู โลงใจครับ” ในขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ใช้เทคนิค Guide Discovery ค้นหาความคิดที่ทำให้ก่อทุกข์ “ผมร่างกายอ่อนแอ อยากไปช่วยพ่อแม่ ทำไม่ได้ เพราะป่วยเป็นโรคจิตมานาน” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ฝึกสืบหาหลักฐานมาสนับสนุนหรือคัดค้าน Evidence-Counter Evidence Technique “ผมช่วยพ่อยกกระสอบข้าวกองรวมกัน ทำได้คราวละ 3-4 ถุงก็เหนื่อย ต้องนั่งพัก จึงทำได้อีก ไม่แข็งแรงเท่าพ่อและคนงาน รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ น้อยใจ” ผู้วิจัยให้กำลังใจว่าลองช่วยทำทุกวัน สม่ำเสมอ ก็น่าจะแข็งแรง และทำได้ไม่ต่างจากพ่อและคนงานที่ทำทุกวันสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยบอกว่า “แต่ก่อนไม่มีคนพาคิด พ่อก็บอกแต่ว่าเหนื่อยก็ไม่ต้องทำ รู้สึกน้อยใจพ่อที่ไม่ให้กำลังใจ” ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยคิด Guide Discovery เพราะอะไรพ่อจึงพูดเช่นนั้น ผู้ป่วยบอกว่า “เขารักเรา” ผู้ป่วยยิ้มขอบคุณผู้วิจัย และบอกจะทำงานช่วยพ่อ ในขั้นตอนที่ 6 กลยุทธ์การป้องกันการกลับซ้ำ ผู้ป่วยบอกว่า “ช่วยพ่อแม่แบกข้าว รู้สึกภูมิใจ” “ขอบคุณมากครับ ผมจะกินยาต่อเนื่องและจะช่วยงานพ่อครับ ผมดีใจที่ผมรู้สึกว่าจะไม่ใช่คนอ่อนแอแล้ว” คะแนน BPRS ลดลงจาก 32 คะแนน เป็น 28 คะแนน การตระหนักรู้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจาก 12 คะแนน เป็น 14 คะแนน

รายที่ 3 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 32 ปี คู่ การศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปี ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง มีประวัติหลงผิดว่าตนเองร่ำรวย ะอะอะอาละวาดเมื่อมีคนขัดใจ หูแว่วคนมาคุยด้วยบอกเป็นร่างทรง ลูกเทพ ขณะอยู่ที่บ้านอาการสงบ รับประทานไม่สม่ำเสมอ ผลการดำเนินการบำบัด ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดดีมาก “อยากให้หมอช่วย ดีใจ อยากเป็นคนธรรมดาเหมือนคนอื่น” ในขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยยอมรับว่า ป่วยทางจิตมานาน รักษาตลอด แต่บางครั้งเบื่อรับประทานยา จึงหยุดยาเอง “รู้อยู่จำว่าต้องกินยา หมอบอก แต่กะเบื่อกินจนลิ้นบาง กะเลยลองบ่กินเบ็งจำ” “จะกินยาประจำ สงสาร

สามีที่ต้องทำงานหาเลี้ยงตนและลูกสองคน” ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้เรื่อง A-B-C model และการใช้กลยุทธ์การจัดการกับความเครียดด้วยเทคนิค A-B-C model ผู้วิจัยจึงได้บทวน A-B-C model ผู้ป่วยไม่ได้ทำการบ้าน จึงได้ยกตัวอย่างหุแหว่ บอกว่าเป็นลูกเทพ ผลที่เกิดขึ้นคือ โกรธ 45 คะแนน ไม่มีสมาธิ 20 คะแนน นอนไม่หลับ 30 คะแนน ผู้วิจัยได้ฝึกวิธีบำบัด โดยจับความคิดครั้งแรกที่มีต่อสถานการณ์ ผู้ป่วยสามารถแยกแยะได้ และผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการของโรคสามารถเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะกับคนทั่วไป (normalization) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและไม่รู้สึกแปลกแยกจากคนปกติ ผู้ป่วยทำทางผ่อนคลายเป็นประจำ บอกว่า “ไม่มีเสียงบอกว่าเป็นลูกเทพ ร่ำรวยอีก เพราะกินยา” และสอนเทคนิคทางพฤติกรรม (distraction เพิ่มเติม เช่น ฟังเพลง ทำงานบ้าน ทำสวนครัว หรืองานอื่นที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อแก้ปัญหาที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหุแหว่ “ฉันจะไม่สนใจมัน ไปเถิดงานอื่นแทน คุยกับลูก ทำงานบ้านงานครัว บอกมันว่าบ่เป็นร่างทรง หนีไปไกล ๆ ๆ จิบอกลูก สามีว่า ถ้าฉันพูดคนเดียวจะบอกว่าฉันดื้อจ๋า”

ขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผู้ป่วยไม่ได้ทำการบ้านมาบอกว่า “ไม่มีอะไรคิด เพราะยุ่งงานช่วยสามีเกี่ยวข้าว” ผู้ป่วยขอให้ผู้วิจัยสอนขั้นตอนที่ 6 (กลยุทธ์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ) ด้วย เพราะไม่มีเวลาทำอีก ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ใช้เทคนิคคิดทางเลือกใหม่และการปรับปรุงความคิดต่ออาการหุแหว่ ผู้ป่วยบอกว่า “จะรีบเดินออกไปให้ไกล ไม่สนใจ ไปทำงานทำเพราะทำงานยุ่งแล้วจะไม่ยินเสียงดังในหู” ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจที่ผู้ป่วยสามารถปรับคิดได้ และทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท เน้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยา เพราะจะทำให้นอนหลับได้ดีและทำให้อาการหุแหว่หายไปได้ “ขอบคุณมาก ๆ นะคะที่ทำให้หนูมีวิธีแก้ปัญหาเสียงหุแหว่ ดีใจมากค่ะ” คะแนน BPRS ก่อนและหลังการบำบัดเท่าเดิม คือ 28 คะแนน แต่การตระหนักรู้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจาก 13 เป็น 14 คะแนน

รายที่ 4 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 27 ปี โสถ การศึกษา มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 ปี มีประวัติ อาละวาดทุบตีตัวเอง หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย คิดว่า มีคนอื่นมาสิงร่าง มีพลังอำนาจ หุแหว่ เห็นภาพหลอน จะมีคนมาทำร้าย จะไปทำร้ายเพื่อนบ้าน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ขณะอยู่บ้าน อาการสงบหยุดกินยา เพราะคิดว่าตนเองอาการหายแล้ว มีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ ผลการดำเนินการบำบัด ขั้นตอนที่ 1 ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดดี ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และผลกระทบ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสอนประกอบสื่อแผ่นพับ เพื่อเข้าใจง่าย ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับปานกลาง สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเมื่อกระตุ้นและใช้คำถามนำ และใช้เทคนิค normalization เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า โรคสามารถกำเริบได้กับทุกคนถ้าไม่ตระหนักในการเจ็บป่วยและร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยยอมรับว่า “หมอบอกผมว่าเป็นโรคจิตเภท ต้องกินยาตลอดชีวิต ก็คงจะใช้ละครับเพราะหยุดกินยา ไม่นานคนจะมาสิงในร่างผม มาขู่ ผมทรมาณครับ” ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง A-B-C model และฝึกทักษะเกี่ยวกับการจับความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจจากอาการหุแหว่และหลงผิด ผู้ป่วยเข้าใจสามารถประเมินสถานการณ์ ความคิด ความรู้สึกต่อสถานการณ์ รวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ได้ ในขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ใช้เทคนิค Alternative Explanation การเลือกวิธีคิดแบบใหม่ที่ทำให้สบายใจฝึกคิดด้านดีหรือด้านอื่น ๆ กับการมีหุแหว่ หลงผิดเป็นร่างทรง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ใช้เทคนิค distraction เช่น ไล่เสียง อ่านหนังสือดัง ๆ ฟังเพลงจากหูฟัง ผู้ป่วยบอกว่า ไม่เชื่อเสียงนั้น พยายามไล่เสียงนั้น และได้ใช้เทคนิค normalization เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและไม่รู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น ในขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ใช้เทคนิค Guide Discovery ค้นหาความคิดที่ทำให้คิดว่า “ผมเคยคิดว่าผมเป็นร่างทรงและมีพลังอำนาจ แต่พอไม่เชื่อ ก็มีเสียงซู่สารพัด ผมกลัวมาก” ผู้วิจัยกระตุ้นให้



ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและสืบค้นหาหลักฐานอ้างอิง ผู้ป่วยค้นหาหลักฐาน ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มีคนพูด ผมคิดเอง” “ผมก็พยายามร้องไห้อู่คนเดียว ส่วนมากจะมาคุยกับพี่สาวและแม่ที่รับฟัง” และกระตุ้นให้ชั่งน้ำหนัก จากการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ป่วยบอกว่าสบายใจขึ้น ระวังตัว 0 คะแนน นอนไม่หลับ 0 คะแนน มีหิวแหว่ 0 คะแนน ผู้ป่วยบอกว่า เคยทำงานโรงงาน เคยได้รับอุบัติเหตุจากเครื่องจักรกระแทกจนสลบ เวลาได้ยินเสียงดัง ๆ จะตกใจกลัวมาก จนมีเสียงหิวแหว่ คนมาพูดด้วย ผู้วิจัยกระตุ้นให้ฝึกใช้เทคนิคทางพฤติกรรมคือ สวดมนต์แปล และเสียงดัง ผู้ป่วยบอกว่า “จะลองทำตามดู จะไม่อยู่คนเดียว ส่วนมากจะมาคุยกับพี่สาวและแม่ที่รับฟัง ทำให้สบายใจขึ้น” และในขั้นตอนที่ 6 กลยุทธ์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยพาพบทวนการบ้านที่ได้ร่วมบำบัดกันมา ผู้ป่วยบอกว่า “เพื่อนโทรมาคุยเรื่องเพื่อนร่วมงานของเขา” ความคิดครั้งแรกคือ เพื่อนคงสบาย มีเงินใช้ รู้สึกน้อยใจ 20 คะแนน กังวล 30 คะแนน และนอนไม่หลับ 30 คะแนน ผู้วิจัยได้กระตุ้นเน้นย้ำความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม พร้อมกับเสนอวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นทางเลือกที่ทำให้สบายใจ ผู้ป่วยบอกว่า “ช่วงนี้ชวานาก็เก็บเกี่ยวข้าว ครอบคร้วตัวเองค้าขาย ผมก็ช่วยแม่ดูแลร้าน ช่วยขายของ ส่วนพี่สาวทำงานในเมือง ก็พอมีเงินใช้ไม่ขัดสน” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินหลังจากคิดแบบใหม่ ผู้ป่วยบอกว่า “งานผมคือช่วยแม่ขายของก็ไม่เดือดร้อน ไม่มีหนี้สิน ส่วนเพื่อนอาจจะลำบากกว่า แม่กับพี่สาวก็คอยบอกว่า เราสบายกว่าคนอื่นเยอะ รู้สึกภูมิใจ” “ผมขอบคุณครับ ผมจะกินยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และผมจะคิดถึงที่หมอสอนผม” คะแนน BPRS ลดลงจาก 26 เป็น 24 คะแนน การตระหนักรู้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจาก 11 เป็น 13 คะแนน

รายที่ 5 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 35 ปี คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 4 ปี มีประวัติอาการหงุดหงิด ทำอะไรช้า ๆ ลุกไปปิดประตูหน้าต่างทั้งคืน รับยาจากคลินิกเอกชน ไม่รับประทานยา มีเสียงหูจะง่าร้าย บางทีมาควบคุมตนเอง ไม่เป็นตัวของตัวเอง หลงผิดว่า ร่ำรวยพันล้าน ดุ่าพ่อแม่ เคยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 1 ครั้ง ขณะอยู่ที่บ้าน อาการสงบ ผลการบำบัดขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคสร้างสัมพันธภาพทางสังคม (socialization) ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดดี ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและผลกระทบ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสอนประกอบสื่อแผ่นพับเพื่อให้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับปานกลาง สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเมื่อใช้คำถามนำ และใช้เทคนิค เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคสามารถกำเริบได้กับทุกคนถ้าไม่ตระหนักในการเจ็บป่วยและร่วมมือในการรักษา(normalization) ผู้ป่วยยอมรับว่าป่วยทางจิตมานาน รักษาไม่ต่อเนื่อง ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง A-B-C model ผู้ป่วยบอกว่า มีเสียงมาควบคุม มาคุยด้วยบางครั้งเราไม่เชื่อ ก็ชู้ให้ตกใจ เรื่องคิดว่าตนเองร่ำรวยพันล้าน ไม่แน่ใจ ยังสับสนในหัว “มันเป็นจริง ใครไม่เจอไม่รู้ เคยบอกแม่ แม่ก็คอยจะพาไปตรวจที่โรงพยาบาล จึงไม่บอกใคร” ผู้วิจัยใช้เทคนิคเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น(normalization) “ไม่ว่าใครที่เจอกับตัวเองก็ต้องตกใจไม่ต่างจากคุณ” ผู้ป่วยผ่อนคลายลงจากนั้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคค้นหาหลักฐานและทดสอบหลักฐานมาพิสูจน์ และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ “ผมเข้าใจแล้ว มันใจว่าไม่ใช่ความจริง ถ้ามีอาการอีกจะบอกแม่” ในขั้นตอนที่ 4 การใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้วยเทคนิค A-B-C model พบทวนการบ้านเรื่องการสำรวจความไม่สบายใจ ผู้ป่วยไม่ได้ทำการบ้าน จึงยกสถานการณ์เคยคิดว่าตนเองร่ำรวยพันล้าน ความคิดครั้งแรกไม่เชื่อ ก็จะมีเสียงมาหูให้เชื่อ รู้สึกกลัว 100 คะแนน ระวังตัว 50 คะแนน ไม่มีสมาธิ 50 คะแนน นอนไม่หลับ 20 คะแนน ให้ผู้ป่วยได้ระบาย และใช้เทคนิค cost benefit เพื่อค้นหาเหตุผลมาสนับสนุนหรือคัดค้าน ทำให้ลดความมั่นใจในความคิดตนเองร่ำรวยพันล้าน ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นอาการทางจิต และมั่นใจกับการเผชิญกับหิวแหว่ ถ้าในอนาคตมีอาการอีก จะไม่สนใจมันเป็นอาการทางจิต



ประสาท ทำวันนี้ให้ดีที่สุด เมื่อมีปัญหา ส่วนมากจะคุยกับแม่ ทำงานช่วยแม่” และผู้ป่วยบอกว่า “กลัวลดลงเหลือ 10 คะแนน มีสมาธิและนอนหลับได้” ในขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผู้ป่วยบอกว่า “ทำงานบ้านช่วยแม่ รู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจ 100 คะแนน” และในขั้นตอนที่ 6 ทบทวนกลยุทธ์การป้องกันการกลับซ้ำ ผู้ป่วยบอกว่า “จะกินยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเองแล้ว กินยาเหมือนผู้ป่วยความดันสูงครับอาการจึงสงบดี” คะแนน BPRS ลดลงจาก 34 เป็น 26 คะแนน การตระหนักรู้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจาก 12 เป็น 14 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการบำบัดตามแนวคิด CBT ในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โสัด อายุเฉลี่ย 32 ปี 6 เดือน การศึกษาระดับประถมศึกษา 2 ราย มัธยมศึกษา 3 ราย ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปี ผลของการบำบัดต่ออาการทางจิต พบว่าหลังการบำบัด ทั้ง 5 ราย มีอาการทางจิตลดลง สรุปจากคะแนน BPRS ก่อนบำบัด มีคะแนนเฉลี่ย 32.8 คะแนน หลังบำบัด มีคะแนนเฉลี่ย 28 คะแนน รวมทั้งทำให้การตระหนักรู้อาการทางจิตและการให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น คะแนนการตระหนักรู้อาการทางจิต ก่อนบำบัดมีคะแนนเฉลี่ย 12.2 คะแนน หลังบำบัดมีคะแนนเฉลี่ย 13.8 คะแนน

ผลการบำบัดตามแนวคิด CBT ในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 ราย พบว่า การบำบัดช่วยให้อาการทางจิตลดลง ยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ทั้งนี้อธิบายว่า การบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น มีวิธีการเผชิญปัญหาและอาการทางจิตของตนเองมากขึ้น ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทุกราย ได้ระบายความรู้สึกที่ทุกข์และกังวลใจออกมา เกิดความรู้สึกว่า ยังมีคนสนใจและใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย รวมไปถึงการได้รับการยอมรับและความจริงใจจากผู้วิจัย สอดคล้องกับ Corrigan et al.⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดี ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเป็นมนุษย์ ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิด และสิ่งที่กังวลตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงโดยที่ไม่รู้สึกว่าการกำลังถูกสอบ ซัก หรือตำหนิ นอกจากนี้ เทคนิค normalization ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดที่ดี เป็นการชี้ให้เห็นว่า อาการกำเริบบางครั้งสามารถเกิดได้กับทุกราย ถ้าเจอเหตุการณ์เช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งลดความรู้สึกถูกตีตราของผู้ป่วย สร้างความหวังให้ผู้ป่วยว่า โรคที่เป็นอยู่สามารถรักษาได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่ออาการทางจิตที่ตนเองเผชิญ และช่วยให้บอกถึงเนื้อหาความคิดความเชื่อที่เกิดขึ้นและสามารถเชื่อมโยงการบำบัดในขั้นต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง⁽¹³⁾ ประกอบกับผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีกระบวนการคิดไม่บกพร่องมากนัก มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่สอนมาก่อน เมื่อผู้บำบัดสอนเรื่องเดิมซ้ำ จึงเกิดการเรียนรู้ ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับอาการของตนเอง ยอมรับว่า ตนเองป่วยเป็นโรคจิตและต้องรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้จากพื้นฐานที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยไม่เรื้อรัง และเคยมีประสบการณ์การเรียนรู้มาก่อน เมื่อผู้ป่วยเข้าใจความจริง จึงยอมรับและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้องโดยใช้เทคนิค Evidence-counter Evidence technique ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแยกแยะอาการทางจิต ตระหนักถึงการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองมากขึ้น สามารถนำเทคนิคทางพฤติกรรม คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ ไปจัดการอาการหิวแหว่และอาการหลงผิดได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิต รวมทั้งนำวิธีการคิดทางเลือกใหม่ที่ทำให้สบายใจ ไปใช้วางแผนการใช้ชีวิตในสังคมได้ และเทคนิคที่สำคัญ คือ การให้การบ้านไปฝึกทักษะการสังเกตความคิดที่



บิดเบือนทางลบ ตามแนวคิด A-B-C model และวิธีการจัดการที่เหมาะสมหลังการบำบัด แล้วให้ผู้ป่วยสรุปบทวนวิธีการตามที่พักทักษะ ผู้ป่วยทุกรายเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อมีสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดอาการ เช่น ความเครียดและเข้าใจว่าถ้าจัดการหรือควบคุมได้ จะทำให้ไม่เกิดอาการกำเริบ สอดคล้องกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติของบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเรื้อรังระยะการเจ็บป่วยเกิน 2 ปี ซึ่งมีอาการหลงผิดและหูแว่ว การบำบัดจะใช้กลยุทธ์การเผชิญกับอาการ สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และป้องกันการกำเริบซ้ำ⁽¹⁴⁾ คล้ายคลึงกับผลการทบทวนงานวิจัยการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย ผลการวิจัย พบว่า CBT สามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดอาการด้านบวกและด้านลบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทประเทศไทยที่เจ็บป่วยครั้งแรกและครั้งที่ 2 นอกจากนี้ ปัจจัยผู้รับการบำบัดที่มีการเจ็บป่วยระยะเล็กน้อยและอาการรุนแรงเล็กน้อย ประสิทธิภาพการบำบัดจะดีกว่า⁽⁹⁾ จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นได้ว่า โปรแกรม CBT ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถใช้เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหา และอาการทางจิตของตนมากขึ้น ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นอย่างประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรม CBT ไปใช้ควรมีการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดให้กับบุคลากรเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิภาพการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2561] เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
2. Cloutier M, Aigbogun MS, Guerin A, Nitulescu R, Ramanakumar AV, Kamat SA, et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2013. J Clin Psychiatry [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun;77](6):764-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27135986>
3. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2555.
4. สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
5. Breetvelt EJ, Boks MP, Numans ME, Selten JP, Sommer IE, Grobbee DE, et al. Schizophrenia risk factors constitute general risk factors for psychiatric symptoms in the population. Schizophr Res. [Internet] 2010 [Cited 2010Jul;120](1-3):184-190. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20421160>
6. ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จิระแพทย์, เพ็ญพัทธ์ อูทิต. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2559;30(3):52-65.



7. Guo ZH, Li ZJ, Ma Y, Sun J, Guo JH, Li WX, et al. Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomised controlled trial in Beijing, China. *The Br J Psychiatry*. 2017;210:223-9.
8. Burns AMN, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychosis: A meta-analytic Review. *Psychiatr Sera*. 2014;65(7):873-80.
9. ณัฐิกา ราชบุตร, สุริยา ราชบุตร. การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท: การทบทวนงานวิจัยเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2561;21(1):163-77.
10. Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effect of a brief cognitive-behavioral therapy in the treatment of schizophrenia. *Br Psychaitry*. 2002;180:523-7.
11. อัจฉรา มุ่งพานิช. กรณีศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้านการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
12. Corrigan P, Mueser K, Bond G, Drake R. Principle and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. London: The Guilford Press; 2008.
13. Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, Basco M R. Cognitive-behavior therapy for severe mental illness :An illustrated guide. Washington: American Psychiatric Association; 2009.
14. พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉรา สี่หิรัญวงศ์, อทิตยา พรชัยเกตุ. การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวน หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2555;57(2):235-48.