

ผลการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อพฤติกรรม การทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน ชนิดก้ำกึ่ง

สรณสิริ วัฒนเรืองชัย*

*โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการบำบัดแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavioral therapy หรือ DBT) ต่อพฤติกรรม
การทำร้ายตัวเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder
หรือ BPD)

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบ Retrospective study (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566) ในผู้ป่วยที่มีภาวะ
บุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง จำนวน 30 คนโดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย
ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 2) มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือ
Non-Suicidal Self Injury (NSSI) 3) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 4) ได้รับการบำบัดด้วยวิธี DBT ครบจำนวน 12 ครั้ง ตามเกณฑ์
ที่กำหนด 5) มีผลการประเมินพฤติกรรมทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด โดยเก็บรวบรวม
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมิน Self-Harm Inventory แบบประเมินคุณภาพชีวิต
จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา
และ Paired t-test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีคะแนนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหลังการบำบัดรักษา
ด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ลดลง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกด้าน ($p = 0.001$)

สรุป การศึกษาวิจัยนี้แสดงถึงผลของการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
ที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) จึงกล่าวได้ว่าการศึกษานี้เป็นอีก
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ การบำบัดแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง
คุณภาพชีวิต

Corresponding author: สรณสิริ วัฒนเรืองชัย

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

E-mail: som_wat@hotmail.com

วันรับ 18 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข 20 ธันวาคม 2567 วันตอบรับ 28 ธันวาคม 2567

Results of Treatment with Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Self-Injurious Behavior and Quality of Life of Patients with Borderline Personality Disorder (BPD)

Sornsiri Wattanarueangchai*

*Somdet Phra Phuttartila Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the effects of dialectical behavioral therapy (DBT) on self-harm behavior and quality of life of patients with borderline personality disorder (BPD).

Methods: Retrospective study (October 1, 2021 to September 30, 2023) in 30 patients with BPD, selected specifically according to inclusion criteria, received 12 sessions of DBT. The data were collected by collecting general data records, in-depth interview data records, self-harm inventory assessments, and quality of life assessments from electronic databases recorded in medical records during patient treatment. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results: Patients with BPD had decreased self-injurious behavior scores after DBT treatment and increased overall quality of life scores ($p = 0.001$).

Conclusion: This research study shows the results of DBT treatment, resulting in reduced self-injurious behavior and better quality of life for patients with BPD. Therefore, it can be said that this study is another guideline for the care of patients with self-harm behaviors that can be applied to maximize the benefits of patients in the future.

Keywords: dialectical behavioral therapy, patients with borderline personality disorder, self-harm behavior, quality of life

Corresponding author: Sornsiri Wattanarueangchai

E-mail: sorn_wat@hotmail.com

Received: 18 October 2024 Revised: 20 December 2024 Accepted: 28 December 2024

บทนำ

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน (personality disorder) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีลักษณะของรูปแบบ ความคิด พฤติกรรม เบี่ยงเบนไปจากรูปแบบพฤติกรรมทั่วไปในสังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วยนั้นๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว และไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลว่าบุคลิกภาพที่ผิดปกติที่ตนสร้างขึ้นสร้างความทุกข์และปัญหาแก่ผู้รอบตัว (ego-syntonic) ซึ่งแตกต่างจากโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคซึมเศร้า กลุ่มโรคจิตเภท ที่ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการเหล่านั้นเป็นปัญหา (ego-dystonic) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้วยภาวะบุคลิกภาพผิดปกติจึงมักปฏิเสธการมารับการปรึกษาทางจิตเวช นอกจากนี้ยังมีลักษณะที่ต้องทำให้ผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นคนปรับเข้าหาตนเอง (alloplastic) แทนที่จะมุ่งแก้ไขปรับปรุงตนเองเป็นหลัก (autoplasic)²

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder หรือ BPD) จัดอยู่ในกลุ่มโรคบุคลิกภาพแปรปรวน กลุ่ม B ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ลักษณะอาการสำคัญ คือ มีความไม่มั่นคงในสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความไม่มั่นคงในอารมณ์ของตนเอง ความสับสนในเอกลักษณ์ของตนเอง และมีความหุนหันพลันแล่น โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แสดงอาการในหลายๆ สถานการณ์¹

สาเหตุการเกิดโรคยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัด คาดว่าอาจมีปัญหาด้านพันธุกรรม สมอ หรือมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง มีรากฐานมาจากการเติบโตในครอบครัวที่เต็มไปด้วยปัญหา อาทิ การหย่าร้าง การทะเลาะกัน การถูกทอดทิ้ง การขาดความรักและการเอาใจใส่ การเติบโตมาด้วยความเครียดภายในครอบครัวล้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วยภาวะนี้ การค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่งประสบปัญหาการละเลยทางอารมณ์และการล่วงละเมิดทางร่างกายหรือทางเพศในช่วงวัยเด็ก³

ข้อมูลจากแผนกจิตเวชพบว่า ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มักได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) อยู่หลายครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ผลการรักษาไม่ดีขึ้น มีปัญหาในการคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem) ยากลำบากต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ระยะยาวกับบุคคลใกล้ชิดได้ ส่งผลต่อเนื่องไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ เช่น เป็นเหตุ

ให้ต้องเปลี่ยนงานบ่อยครั้ง บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสม รวมทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชตามมาได้เช่นเดียวกัน ปัญหาผู้ป่วยที่พบบ่อยคือเรื่องการจัดการอารมณ์ นำมาซึ่งพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴

ปัจจุบันการรักษาภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ยังไม่มียาใดเป็นยาจำเพาะที่ช่วยให้หายจากโรคนี้ ยาที่ใช้กับผู้ป่วยมักเป็นการพิจารณาตามอาการเป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วย ยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic) ยาต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug) ยาต้านเศร้า (antidepressant) ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) และยากกลุ่มเบนโซไดอะซีน (benzodiazepine) นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังพบการศึกษาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผล ได้แก่ แนวพฤติกรรมบำบัด วิชาชีวิต (DBT), Mentalization Based Treatment (MBT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP), Schema-Focused Therapy (SFT) เป็นต้น โดยการบำบัดแบบ DBT เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาในการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งได้รับความนิยมแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกาและอีกหลายประเทศทั่วโลก⁵ พฤติกรรมบำบัดดังกล่าวได้รับการยอมรับและจัดให้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) รวมทั้งกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง⁶

DBT เป็นเครื่องมือ (tools) ในการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ (skills) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีความสุขและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้น (live is worth living) การบำบัดแบบ DBT จะมุ่งเน้นที่การฝึกทักษะ (skills) เป็นสำคัญ ทั้งนี้มาจากข้อสันนิษฐานว่าบุคคลได้ลงมือกระทำสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อรับมือต่อสถานการณ์ต่างๆ ในขณะนั้นแล้ว แต่เนื่องจากขาดทักษะในการจัดการจึงทำให้เกิดปัญหาขึ้น ดังนั้น DBT จึงเป็นการบำบัดที่ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับมือและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงได้

พื้นฐานของทฤษฎีของ DBT (developing the synthesis of acceptance and change) ที่กล่าวไว้โดย Marsha Linehan ซึ่งเป็นบุคคลแรกที่เป็นผู้คิดค้นวิธีการบำบัดดังกล่าว มีดังนี้

1. บุคคลมีความพยายามในการรับมือกับสถานการณ์ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ณ ขณะนั้น
2. บุคคลมีความต้องการที่จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น และมีชีวิตที่มีความสุขมากขึ้น

3. บุคคลพยายามทำสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้นกว่าเดิมเท่าที่สามารถทำได้ แต่ความพยายามดังกล่าวอาจจะไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด

4. บุคคลอาจจะไม่ใช่ต้นเหตุของปัญหาทั้งหมด แต่จำเป็นต้องเผชิญและแก้ไขปัญหานั้น

5. พฤติกรรมใหม่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีการฝึกฝนเพื่อที่จะรับมือต่อสถานการณ์นั้น

6. ทุกอย่างมีเหตุและผลในการเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะไม่สามารถรู้ถึงเหตุเหล่านั้นได้ก็ตาม

7. การมุ่งหาสาเหตุและพยายามแก้ไขปัญหานั้น เป็นสิ่งที่ดีกว่าการตัดสินผู้อื่นหรือตำหนิตัวตน

แนวคิดของการบำบัดแบบ DBT เน้นให้เกิดความสมดุลในการยอมรับปัญหาและสิ่งที่เป็นอย่าง (accept) ควบคู่ไปกับความพยายามเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change) ไปสู่เป้าหมายที่ดีขึ้นโดยผ่านทักษะการบำบัดที่ชัดเจน

DBT Skills

ทักษะในการบำบัดแบบ DBT กำเนิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาคือ 4 ด้าน ดังนี้

1. Inability to control their thought and attention
2. Difficulty to regulate their emotion
3. Incapacity of managing distress
4. Unable to communicate effectively

ปัญหาทั้ง 4 ด้านดังกล่าว นำไปสู่ 4 ทักษะ ซึ่งจัดอยู่ในหมวดหมู่ของทักษะการยอมรับ (acceptance skills) และทักษะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change skills) ดังนี้

1. ทักษะการใช้สติ (mindfulness skills)
2. ทักษะการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation skills)
3. ทักษะการอดทนต่อความทุกข์ (distress tolerance skills)
4. ทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (interpersonal skills)

จากรูปแบบดังกล่าว ผู้บำบัดจะเป็นผู้ระบุว่าปัญหาของผู้ป่วยนั้น เกิดจากการขาดทักษะในด้านใดและช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในด้านนั้นๆ ให้ดีขึ้นได้⁵ และแม้ว่าจะเป็นโรคที่ต้องรักษานานหลายปี แต่ผู้ป่วยสามารถมีอาการลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญรอบตัวมีความแข็งแรงมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 99

ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีอาการด้านต่างๆ ดีขึ้น หลังการรักษาต่อเนื่อง 2 ปี¹⁰

อัตราความชุกประชากรทั่วไปพบโรคนี้ได้ประมาณร้อยละ 5.9 โดยแบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 6.2 ซึ่งมากกว่าเพศชายที่ร้อยละ 5.68 อัตราร้อยละการเข้ารับบริการของโรคนี้ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 พบร้อยละ 47.40, 59.91 และ 65.16 ตามลำดับ โดยพบสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคซึมเศร้า นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกยังพบอีกว่า ร้อยละ 49 ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินด้วยปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง⁷ โดยความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำ พบสูงในระยะ 6-12 เดือนแรก หลังการพยายามทำร้ายตนเอง ระยะเวลาดังกล่าวจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้ดูแลรักษาควรเฝ้าระวังและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองหรือมีประวัติโรคทางจิตเวช⁹

จากข้อมูลทางวิชาการดังกล่าวข้างต้น ความรุนแรงของภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แม้จะมีแนวทางเบื้องต้นถึงการดูแลผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ที่มีประสิทธิภาพแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยยังพบว่าการศึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่งยังมีน้อยมากในประเทศไทย รวมทั้งในจังหวัดสมุทรสงครามยังไม่มีผู้ใดทำการรักษา จึงเล็งเห็นว่าการศึกษานโยบายการบำบัดรักษา (DBT) ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม จะส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่ลดลง ทำให้เกิดความสมดุลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไปได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาผลการบำบัดแนวพฤติกรรมบำบัดรักษา (DBT) ต่อพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ ICD-10 เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10
2. มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือ Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. ได้รับการบำบัดด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ครบจำนวน 12 ครั้ง ตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. มีผลการประเมินพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ใช้กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (ไม่นับรวมยาที่ใช้รักษาทางจิตเวช) เช่น มีภาวะ substance use disorder ภายใน 1 เดือนล่าสุด
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำหรือบกพร่องทางสติปัญญา เช่น Neurocognitive disorder, Intellectual disabilities
3. ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดไม่ครบตามที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (demographic data) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
2. แบบบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการตรวจทางจิตเวช ที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด
3. แบบประเมิน Self-Harm Inventory (SHI) จาก Cornell University เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากการทบทวนแบบประเมิน

การทำร้ายตนเองจาก 41 รายการ โดย Sansone, Sansone, and Wiederman ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ใช้สำหรับประเมินผล การบำบัด โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัด โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่” ผ่านการวิเคราะห์ค่าความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 84

ได้รับการรับรอง 5 ครั้งขึ้นไป¹² แปลผลตามค่าคะแนนต่ำ-สูง โดยค่าคะแนนต่ำ หมายถึง การลดลงของการทำร้ายตนเอง และค่าคะแนนสูง หมายถึง การเพิ่มขึ้นของคะแนนทำร้ายตนเอง การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของความหมายทางภาษาและความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่ามีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ภาพรวมของแบบประเมินอยู่ที่ 0.95 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงสูงทั้งทางภาษาและเนื้อหา

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย ปานกลาง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ ระดับกลางๆ หรือไม่ได้รู้สึกในเรื่องนั้นๆ น้อยหรือมาก มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก และมากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนน 96 – 130 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ดี โดย WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง ($\alpha = 0.84$)¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Data Editor Version 26 โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล

การสัมภาษณ์ และการตรวจทางจิตเวชใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เปรียบเทียบคะแนนการทำร้ายตนเอง คะแนนคุณภาพชีวิต ระยะก่อนและหลังการบำบัดตามแนว พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (รหัสโครงการ 009/2567) โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้าง สัมพันธภาพในการรักษา (therapeutic relationship) ความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูล โดยหากรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกใจ สามารถหยุดยั้งการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลจากการ สัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจทางจิตเวช

การวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน ชนิดก้ำกึ่ง (BPD) จำนวน 30 คน อายุระหว่าง 20 – 30 ปี (56.7%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.7%) มีผู้ดูแล (73.3%) แบ่งออกเป็น คู่สมรส (30%) เครือญาติ (26.7%) บิดาหรือมารดา (16.6%) สถานภาพสมรส (43.3%) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (53.4%) ผู้ป่วยมีอาชีพอิสระ (46.7%) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้าน (86.7%) ผู้ป่วย มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท (53.3%) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (60.1%) ผู้ป่วยทานยาประจำเป็นยาจิตเวช กลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ร่วมกับยาควบคุม อารมณ์ (mood stabilizer) (56.7%) การนอนโรงพยาบาลจำนวน 4 ครั้ง (30%) สิ่งที่น่าสนใจซึ่งผู้วิจัยค้นพบคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น ผู้หญิง มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส และผู้ป่วยทานยาจิตเวชทุกราย เป็น ปัจจัยสำคัญต่อการเข้ารับการรักษา (ตารางที่ 1)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจทางจิตเวช

1. อาการสำคัญและประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันและ การเจ็บป่วยในอดีต

พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนอายุ 15 ปี ชนิดของพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่พบบ่อยที่สุด คือ การกรีด (cutting) รองลงมาคือการทานยาเกินขนาด (drug overdose) โดย ยาที่พบบ่อยคือยาแก้ปวด ได้แก่ Paracetamol, ยาแก้แพ้ ได้แก่ Chlorpheniramine (cpm) และยากลุ่มคลายกังวล-ช่วยนอนหลับ (Benzodiazepine ได้แก่ Lorazepam, Diazepam เป็นต้น) เคยรับ การวินิจฉัย Depressive disorder (major depressive disorder และ dysthymia) รองลงมาได้แก่ Anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia) จะเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มโรคทางอารมณ์ ทั้งหมดและพบความไม่สม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้คิดว่า ตนเองเจ็บป่วยทางจิตเวช

2. ประวัติส่วนตัว (การคลอดและการเจริญเติบโต ชีวิต และการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก การศึกษา การทำงาน ความสัมพันธ์ กับผู้อื่น การเจริญทางเพศ การสมรส บุคลิกลักษณะของผู้ป่วย ในสายตาของผู้ป่วยเองและผู้อื่น วิธีการรับมือกับปัญหาหรือ ความเครียดในอดีต ฯลฯ)

พบว่าผู้ป่วยปกครองปล่อยปละละเลย (neglect) คบเพื่อน ไม่ได้นาน มีประวัติการถูกเพื่อนปฏิเสธให้เข้ากลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วย มีลักษณะเอาแต่ใจ อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีความต้องการให้ผู้อื่น เห็นอกเห็นใจตนเองสูง ครอบครัวย่ำแย่ มีคนในครอบครัวต้อง คดีความจากการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา ความสัมพันธ์กับ คู่รักเป็นลักษณะรักๆ เลิกๆ เปลี่ยนคู่บ่อย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (sexual harassment) ในวัยเด็ก

3. ประวัติครอบครัว (ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ระดับเศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายละเอียดเกี่ยวกับ บุคคลสำคัญ ฯลฯ)

ประวัติการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่เกี่ยวข้องที่พบบ่อย ได้แก่ ถูกต่อว่าหรือใช้คำพูดสะเทือนใจ (childhood verbal abuse) ถูก ผู้ปกครองทุบตี (childhood physical abuse) อื่นๆ ได้แก่ พบเห็น บิดา-มารดาทุบตีกัน (childhood emotional abuse) บิดา-มารดา แยกทางกัน (broken family) มีความรู้สึกอิจฉาพี่น้อง (sibling rivalry) ขาดบุคคลที่น่าสั่งสอน รู้สึกว่างเปล่าหรือไร้ซึ่งการมีตัวตน ในครอบครัว มีบุคคลในครอบครัวมีโรคทางจิตเวช (โดยเฉพาะ โรคทางอารมณ์)

4. การตรวจสุขภาพจิต (ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจในการรักษา ฯลฯ)

พบว่าผู้ป่วยปฏิเสธว่าเป็นอาการเจ็บป่วยหรือเป็นปัญหา ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน คิดว่าเป็นอุปนิสัยใจร้อน ขี้หงุดหงิด รำคาญใจง่าย เชื่อว่าหายได้เองโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M = 23.0 SD = ± 4.7, Max = 33, Min = 17)		ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- ต่ำกว่า 20 ปี	9 (30.0 %)	- บ้านเดี่ยว	18 (60.0 %)
- 20 – 30 ปี	17 (56.7 %)	- ตึกแถว	5 (16.7 %)
- 30 ปีขึ้นไป	4 (13.3 %)	- อพาร์ทเมนต์/หอพัก	5 (16.7 %)
เพศ		- อื่นๆ (เต็นท์/คนงาน)	2 (6.6 %)
- ชาย	1 (3.3 %)	โรคประจำตัว	
- หญิง	29 (96.7 %)	- โรคเบาหวาน	1 (3.3 %)
ผู้ดูแล		- โรคความดันโลหิตสูง	1 (3.3 %)
- บิดาหรือมารดา	5 (16.6 %)	- อื่นๆ (โรคภูมิแพ้)	10 (33.3 %)
- เครือญาติ	8 (26.7 %)	- ไม่มี	18 (60.1 %)
- คู่สมรส	9 (30.0 %)	ยาที่ทานประจำ : ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine)	
- ไม่มีผู้ดูแล	8 (26.7 %)	ร่วมกับกลุ่มยาดังต่อไปนี้	
สถานภาพทางการสมรส		- ยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic)	3 (10%)
- โสด	13 (43.3 %)	- ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug)	1 (3.3%)
- สมรส	10 (33.3%)	- ยาต้านเศร้า (antidepressant)	9 (30%)
- หย่า	5 (16.7 %)	- ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer)	17 (56.7 %)
- แยกกันอยู่	2 (6.7 %)	การนอนโรงพยาบาล	
การศึกษา		- 1 ครั้ง	4 (13.3 %)
- ประถมศึกษา	10 (33.4 %)	- 2 ครั้ง	8 (26.7 %)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (23.3 %)	- 3 ครั้ง	7 (23.3 %)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6 (20 %)	- 4 ครั้ง	9 (30.0 %)
- ปวส.	3 (10.0 %)	- มากกว่า 5 ครั้ง	2 (6.7 %)
- ปริญญาตรี	4 (13.3 %)		
อาชีพ			
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (16.6 %)		
- รับจ้าง/อาชีพอิสระ	14 (46.7 %)		
- แม่บ้าน/พอบ้าน	3 (10.0 %)		
- พนักงานบริษัท/โรงงาน	7 (23.4 %)		
-ว่างงาน	1 (3.3 %)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
- น้อยกว่า 5,000	1 (3.3 %)		
- 5,000 – 10,000	16 (53.3 %)		
- 10,001 – 20,000	10 (33.4 %)		
- 20,001 – 30,000	3 (10.0 %)		

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิถี (DBT)

การวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิถี (DBT) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วย

แนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ทั้งนี้ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบ DBT ส่งผลดีต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) กล่าวคือปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของภาวะ BPD คือการเกิดภาวะ Chronic emotional dysregulation ภาวะดังกล่าวประกอบขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหา 2 ด้านหลักๆ คือ 1) มีภาวะอ่อนไหวหรือเปราะบางทางอารมณ์ (emotional sensitivity) การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และ 2) พักอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (invalidating environment) เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์จากผู้ดูแลตั้งแต่วัยเด็ก (lack of appropriate response from parents) ผลก็คือ ผู้ป่วยจะไม่เคยได้เรียนรู้ประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดเป็นความสับสนทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย (internal and external confusion) ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ (chronic emotional dysregulation) ในที่สุด โดยการบำบัดแบบ DBT จะมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะ (skills) เป็นสำคัญ ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อรับมือต่อสถานการณ์ต่างๆ ในขณะนั้นให้เกิดความสมดุลในการยอมรับปัญหาและสิ่งที่เป็นอยู่ (accept) ควบคู่ไปกับ

ความพยายามเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change) ไปสู่เป้าหมายที่ดีขึ้น โดยผ่านทักษะการบำบัดที่ชัดเจน⁵ สิ่งที่น่าสนใจซึ่งผู้วิจัยค้นพบคือ ผู้ป่วยทานยาจิตเวชทุกรายมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้ารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) แม้ว่าจะเป็นโรคที่ต้องรักษานานหลายปี แต่ผู้ป่วยสามารถมีอาการลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพกับคนสำคัญรอบตัวมีความแข็งแรงมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 99 ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) มีอาการต่างๆ ดีขึ้น หลังการรักษาต่อเนื่อง 2 ปี¹⁰ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาในอนาคตถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อนอายุ 15 ปี ในจังหวัดสมุทรสงคราม จึงอาจถือเป็นโอกาสในการทำงานเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความเข้าใจ พัฒนาการความรู้ และทักษะการเฝ้าระวังการเกิดโรคทางจิตเวชกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง หน่วยงานภาครัฐ เพื่อที่จะสามารถป้องกันหรือลดโอกาสการเกิดภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ในวัยผู้ใหญ่ได้

จุดแข็ง (strength) ผลงานวิจัยนี้ ให้ข้อมูลเชิงลึกที่หลากหลายครอบคลุมให้เห็นถึง case formulation ของผู้ป่วยภาวะ BPD บุคคลนั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นผลงานที่เหมาะสมกับประชากรในจังหวัดสมุทรสงครามโดยเฉพาะ เนื่องจากเก็บข้อมูลจากประชากรในจังหวัดสมุทรสงครามโดยตรง ซึ่งมีความเหมาะสมทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ข้อจำกัด (limitation) พบความไม่สม่ำเสมอในการเข้ารับการรักษา ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาด้วยแนวพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT)

การเปรียบเทียบคะแนน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	คะแนนก่อน (n = 30)	คะแนนหลัง (n = 30)	(p = 0.05)
พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง	16.53 $\pm$ 2.22	12.03 $\pm$ 2.23	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย	16.10 $\pm$ 1.84	25.27 $\pm$ 3.34	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	13.90 $\pm$ 1.95	23.87 $\pm$ 3.39	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.63 $\pm$ 1.52	12.00 $\pm$ 2.19	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	15.70 $\pm$ 3.03	24.33 $\pm$ 4.55	<0.001
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต	51.43 $\pm$ 4.24.33	80.97 $\pm$ 7.23	<0.001

สรุป

การศึกษาวิจัยนี้แสดงถึงผลของการบำบัดรักษาด้วยแนวปฏิบัติกรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) ส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (BPD) จึงกล่าวได้ว่าการศึกษารังนี้ เป็นอีกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอแจ้งว่าไม่ได้มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สรณิสริ วัฒนเรืองชัย: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Yudofsky SC. Fatal flaws: navigating destructive relationships with people with disorders of personality and character. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
3. Otto B, Kokkelink L, Brüne M. Borderline personality disorder in a "Life History Theory" perspective: Evidence for a fast "Pace-of-Life-Syndrome". Front Psychol 2021;12:715153.
4. Kongsakon R, Thomyangkoon P, Kanchanatawan B, Janenawasin S. Health-related quality of life in Thai bipolar disorder. J Med Assoc Thai 2008;91(6):913-8.

5. Rattanasumawong W. The basic of dialectical behavior therapy. Bangkok: Phramongkutkiao Hospital; 2018.
6. Boonyingsathit I. Cognitive behavioral therapy for patients with borderline personality disorder, internship clinical psychologist, Suanprung Hospital. TH J CLI PSY 2019;50(2): 46-66.
7. Somdet Phraphutthalertla Hospital. Report on the performance of the Psychiatric and Drug Addiction Department, Somdet Phraphutthalertla Hospital (2021-2023): Patients with borderline personality disorder. Samut Songkhram: Somdet Phraphutthalertla Hospital; 2022.
8. Department of Mental Health, Mental Health Center 7 Khon Kaen. Borderline personality disorder [Internet]. Khon Kaen: Mental Health Center 7 Khon Kaen; 2020 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://mhc7.dmh.go.th/03/03/2020/8930>.
9. Chaiprakarn W, Kaewkitikul K, Lotrakul M. Suicide reattempts and suicide deaths in patients attending the Emergency Room of Chiang Rai Prachanukroh Hospital with self-harm problems: A survival analysis, Psychiatric Unit, Chiang Rai Prachanukroh Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2022;67(4): 365-75.
10. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry 2012;169(5):476-83.
11. Department of Mental Health. World Health Organization Quality of Life Brief Set, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002 [cited 2024 May 31]. Available from: https://catalog.dmh.go.th/dataset/5a01b5a4-dfec-4d04-b81b-71e441a98de0/resource/5b208f50-458c-42b5-83b9-4d6e6f71035a/download/-_whoqol.pdf.
12. Sansone RA, Sansone LA. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. Psychiatry (Edgmont). 2010;7(4):16-20.