



การทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

Psychodynamic Supportive Psychotherapy for Schizophrenia in Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

ไพศรี ขำคม* กฤตยา แสงเจริญ** มานิดา สิงห์ขจร***

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2549 ถึง มกราคม 2550 จำนวน 11 คน โดยกำหนดรูปแบบการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำวันเว้นวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดอาการทางจิต มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและมีการปรับตัวที่ดีขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS) แบบประเมินการแก้ปัญหาและแบบประเมินสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการประเมินพบว่า การทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบ จิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจกระบวนการเกิดปัญหาในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ความรู้สึกต่อตนเองและวิธีแก้ปัญหาเปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยพบว่าอาการทางจิตจากแบบประเมิน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ลดลงทั้ง 11 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 8 คน ระดับความรุนแรงของโรคลดลงจากสูงกว่าเกณฑ์เป็นอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย และมีปริมาณการใช้ยาทางจิตเวชของผู้ป่วยลดลงจากเดิมจำนวน 4 คน สัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองมีค่าคะแนนสัมพันธภาพเพิ่มขึ้นตามขั้นตอนการบำบัดและผู้ป่วยจำนวน 9 คน มีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น

จากผลการวิจัยเสนอแนะได้ว่าพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำวิธีการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบจิตพลวัตไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบจิตพลวัต ผู้ป่วยจิตเภท

* พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

** รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



Abstract

This quasi experimental study aimed to examine the effectiveness of psychodynamic supportive psychotherapy for schizophrenia. The sample consisted of 11 patients admitted to men psychiatric ward in Prasimahabodi Psychiatric Hospital, between October 2006 and January 2007. Six sessions of psychodynamic supportive psychotherapy were conducted (three in a week and every other day). Each session lasted 30 minutes to one hour. The purposes of the therapy were to reduce psychotic symptoms of the patients, improve their interpersonal relationships, their sense of self-worth and coping. The study instruments included the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Assessment Forms on Problem Solving Inventory and Interpersonal Relationship during the Therapy. Data were analyzed using descriptive statistics in terms of frequency and means. Content analysis was also used.

The results of the study revealed that psychodynamic supportive psychotherapy has helped the patients to better understand the process of the problems that occurred to them. It also helped to improve the patient's relationships with others, positive feeling towards self and appropriate problem solving strategies. The study also showed that all participated patients had a reduction in psychotic symptoms according to the PANSS. Of these, 8 patients had a decrease in the severity of the illness from a level of higher than average to a level of slightly lower than average. Four patients had required less amount of prescribed medications. All patients had increased relationship scores in each phase of the therapy. Nine patients showed improved scores in problem solving ability.

The findings of the study suggest that psychiatric and mental health nurses can carry out psychodynamic supportive psychotherapy in helping patients with mental health and psychiatric problems to cope better changes their self.

Keywords: psychodynamic supportive psychotherapy, schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการคิด การรับรู้ และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อหังการเริ่มมีอาการมักจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและส่วนมากพบว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น เมื่อเริ่มป่วยมักแยกตัวเอง (Schizoid Trait) ไม่เข้าสังคมและมีความเสื่อมถอยด้านต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการทําทบเทาหน้าที่ทางสังคม และเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันเกิดความเครียดได้ง่าย จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งถือว่าเป็น

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทําทบเทาหน้าที่ได้ไม่ดี¹ การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จะใช้วิธีการรักษาหลายวิธีผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาจิตสังคม และนิเวศบำบัด ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เกือบครึ่งหนึ่งประมาณ ร้อยละ 48.16 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไปเนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่บ้านมีปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น เกิดจากตัวผู้ป่วยเองขาดความกระตือรือร้นหรือท้อแท้ หดทําลังใจ รู้สึกเป็นปมด้อยที่ต้องรับประทานยาต้านโรคจิตตลอดเวลา ทำให้



ขาดความตระหนักในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เป็นภาระของผู้ดูแลในการควบคุมการรับประทานยา รวมทั้งการกลับไปใช้เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์และสารกระตุ้นประสาทอีก นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เนื่องจากพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาดังกล่าวได้ ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง มีการแสดงออกทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป เนื่องจากการทำหน้าที่ของ ego บกพร่องไป จึงทำให้ไม่สามารถใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense) เข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหาคือได้เหมือนคนปกติ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกออกว่าอะไรเป็นสภาวะความเป็นจริง และอะไรเป็นจินตนาการหรือความเพ้อฝัน² จากข้อจำกัดดังกล่าว การทำจิตบำบัดระดับประคับประคองจึงเหมาะที่จะนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการทำจิตบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษา แก้ไขปรับปรุงจิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ความสัมพันธ์ในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยเป็นเครื่องมือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมอย่างยั่งยืน³ ซึ่งการรักษาในรูปแบบเป็นทางการโดยมีบทบาทและจุดมุ่งหมายทั้งฝ่าย ผู้ป่วยและฝ่ายผู้รักษามีความชัดเจน และเป็นการพูดคุยที่ต้องมีพื้นฐานและหลักการในด้านความรู้และทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นแนวทางในขบวนการรักษาเป็นอย่างดีมีระบบสามารถวิเคราะห์ อธิบายถึงสาเหตุของปัญหาทางจิตใจ พฤติกรรมของผู้ป่วยได้⁴ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหาทางเอาชนะอุปสรรค รู้สึกผ่อนคลายจากความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน⁵

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ามารับการรักษาและผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับไว้รักษาจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท บทบาทของพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจะใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเน้นที่การให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการทางอารมณ์และวุฒิภาวะโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือให้

ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาอิสระ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic) ที่ประยุกต์หลักการจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ผู้ศึกษาอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และใช้เทคนิคการสำรวจทางจิตพลวัต (Psychodynamic exploration) ในการค้นหาเรื่องราวภายนอกตัวผู้ป่วยและเป็นเรื่องราวที่อยู่ในจิตสำนึกหรือจิตก่อนสำนึก ซึ่งให้ความสำคัญในเหตุการณ์เป็นจริง ความขัดแย้งและจิตพลศาสตร์ในช่วงที่ผ่านมาไม่นาน ตามแนวทางการสัมภาษณ์และประเมินปัญหาผู้ป่วยของรูปแบบการทำจิตพลวัต (Psychodynamic model) ของ Carson & Arnold⁶ แล้วนำมาอธิบายถึงประเด็นที่เป็นปมปัญหาของผู้ป่วย กลไกป้องกันทางจิตที่ผู้ป่วยนำมาใช้พฤติกรรมการแสดงออก ตลอดจนวิธีการปรับตัวของผู้ป่วยแล้วให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยเพื่อให้สำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ช่วยเสริมกลไกการป้องกันทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเป็นจริงได้ พื้นฟูสภาพสมดุลทางจิตใจให้กลับคืนมา เพิ่มประสิทธิภาพทางจิตที่มีอยู่เดิมให้คงอยู่และเข้มแข็งขึ้น จนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกที่มีต่อตนเองดีขึ้นและสามารถเผชิญปัญหาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi experimental study) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย จำนวน 11 คน ที่มีอายุระหว่าง 20-55 ปี สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทย อาการทางจิตจากการประเมิน PANSS กลุ่มอาการด้านบวกทุกตัว ไม่เกินระดับมี



อาการเล็กน้อย คือ ค่าคะแนนไม่เกิน 3 คะแนน และกลุ่มอาการด้านลบทุกตัว ไม่เกินระดับอาการค่อนข้างรุนแรง คือ ค่าคะแนนไม่เกิน 5 คะแนน ได้รับการวินิจฉัยทางพยาบาลว่ามีความบกพร่องในด้านสัมพันธภาพและ/หรือบกพร่องด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองและ/หรือบกพร่องด้านการเผชิญปัญหา ซึ่งไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือภายหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้าครบจำนวนครั้ง อย่างน้อย 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : Thai) ได้พัฒนา PANSS ฉบับภาษาไทยโดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 33 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ 1-7 คะแนน⁷

2. แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory) เป็นแบบประเมินใช้สำหรับการค้นหาวธีเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งพัฒนาโดย Hoppner & Peterson และแปลเป็นภาษาไทย มีทั้งหมด 35 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนเป็นช่วง 1-6 คะแนน⁸

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ศึกษาได้ใช้แนวทางการประเมินของ Agnew relationship measure⁹ ที่มีองค์ประกอบ 5 ด้าน 1) ความรู้สึกผูกพัน (Bond) 2) การเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) 3) ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Confidence) 4) ความจริงใจ (Openness) 5) ผู้รับบริการเริ่มการสนทนา (Client initiative) มีทั้งหมด 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนเป็นช่วง 1-10 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึงระดับสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองดีกว่า

การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินกลุ่มเป้าหมายได้รับการชี้แจงและผ่านการทำจิตบำบัด โดยผู้ศึกษาได้กำหนดรูปแบบการทำจิตบำบัดระดับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ๑ ละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำวันเว้นวัน และในแต่ละครั้งมีขั้นตอนและวัตถุประสงค์ดังนี้

ครั้งที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ (ระยะเริ่มต้น) วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้บำบัด

ครั้งที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประวัติ (ระยะเริ่มต้น) วัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจพลวัตการเกิดปัญหาทางจิตของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 ขั้นตอนการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย (ระยะทำงาน) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับข้อมูลได้อย่างเป็นระบบระเบียบและช่วยลดอาการทางจิตให้อยู่ในสถานะที่สามารถทดสอบความเป็นจริงด้วยตนเองได้

ครั้งที่ 4 ขั้นตอนการแก้ปัญหา (ระยะทำงาน) วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 ขั้นตอนการแก้ไขปัญห (ระยะทำงาน) วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 6 ขั้นตอนการทบทวนและประเมินผลการรักษา (ระยะยุติการรักษา) วัตถุประสงค์เพื่อจบการรักษาและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลผู้ป่วยในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองวิเคราะห์ตามโครงสร้างการบำบัด สรุปขั้นตอนการทำจิตบำบัดระดับประคองของผู้ป่วยแต่ละคนและสรุปการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละด้าน และเทคนิคที่พยาบาลใช้ในการทำจิตบำบัดระดับประคอง ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ผลของการบำบัด ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามรูปแบบการประเมินก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง ใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

3. ผลของการบำบัด ความสามารถในการแก้ปัญหา ตามรูปแบบการประเมินก่อนและหลังการทำจิตบำบัดระดับประคอง ใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ศึกษาในกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองใน



แต่ละครั้งใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนสัมพันธภาพของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน PANSS จากการประเมินคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดบำบัดประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยจำนวนทั้ง 11 คน อาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 8 คน ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย แต่มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน ระดับความรุนแรงของโรคอยู่สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยขึ้นไป และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจำนวน 10 คนมีค่าลดลง ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยคนที่ 3 คนที่ 4 คนที่ 9 และคนที่ 11 มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนเข้ารับการบำบัดบำบัดระดับความรุนแรงของโรคสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยคนที่ 2 มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่าเดิม (ตารางที่ 1)

2. การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดบำบัดประคับประคอง ตามความสามารถในการแก้ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 9 คน หลังทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคอง คะแนนการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีผู้ป่วยเพียงสองคนเท่านั้นที่ความสามารถในการแก้ปัญหาไม่ดีขึ้น

คะแนนเฉลี่ยรายด้านการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ด้านความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา ด้านวิธีการเข้าถึง/หลีกเลี่ยงปัญหา ด้านการควบคุมตนเอง คะแนนที่น้อยลง หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้นและคะแนนโดยภาพรวมของผู้ป่วยทั้ง 11 คน หลังทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งแสดงว่าโดยภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (ตารางที่ 2)

3. การประเมินสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคอง พบว่า คะแนนสัมพันธภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพัน การเป็นหุ้นส่วน ความ

รู้สึกเชื่อมั่น ความจริงใจ และการที่ผู้รับบริการริเริ่มการสนทนา ตั้งแต่การทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคอง ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 มีคะแนนสัมพันธภาพเพิ่มขึ้นตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

จากการทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคองแบบจิตพลวัตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านสัมพันธภาพด้าน ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและด้านการเผชิญปัญหาจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเข้ากระบวนการทำจิตบำบัดบำบัดทำให้ผู้ศึกษา พบว่า ลักษณะของผู้ป่วย อาการทางจิตและลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน มีผลต่อกระบวนการทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคองแตกต่างกัน จะเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นคนช่างพูด จะมีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือ ทำให้กระบวนการทำจิตบำบัดบำบัดดำเนินไปได้ด้วยดี ตั้งแต่ครั้งที่ 1 สามารถเข้าสู่ขั้นตอนการทำจิตบำบัดบำบัดในครั้งที่ 2 ได้ในบางประเด็น ระดับการศึกษา และระยะการเจ็บป่วยทางจิต พบว่า สามารถใช้กระบวนการทำจิตบำบัดบำบัดประคับประคองแบบเดียวกันได้ แม้ว่าผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย อาการทางจิตยังไม่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการด้วยยาได้ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำจิตบำบัดบำบัดในแต่ละครั้งซึ่งสอดคล้องกับโยธิน สันสนยฤทธิ์ และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่า ลักษณะของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดที่ดีที่สุดของประสิทธิภาพของการบำบัด ดังนั้นผู้ศึกษาได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สำรวจและทำความเข้าใจปัญหาทางจิตพลวัตเกี่ยวกับตนเอง ด้านสภาพแวดล้อมในชีวิต พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ได้จากประวัติซึ่งมีความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ป่วยแล้วทำหน้าที่ประมวลจิตพลวัตให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยอาศัยเทคนิคการสำรวจทางจิตพลวัตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านอาการทางจิต สัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และการปรับตัวที่ดีขึ้น

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ศึกษาในกระบวนการทำจิตบำบัดบำบัดพบว่า เกิดจากการที่ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษา



กิจกรรมการสนับสนุนและการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย มาใช้ในกระบวนการทำจิตบำบัด ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 6 ดังจะเห็นได้จากการสังเกต ภาษาพูดและภาษาท่าทาง และค่าคะแนนสัมพันธภาพในกระบวนการทำจิตบำบัด ประคับประคองในแต่ละครั้งที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ แม้ว่าในกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ผู้ป่วยคนที่ 5 ในครั้งที่ 4 ผู้ศึกษาสังเกตพบว่า ผู้ป่วยดูสีหน้าไม่สดชื่น ท่าที่อึดอัด พูดน้อยลง นั่งตัวเกร็ง ผู้ศึกษาแสดงถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและย้ำเรื่องการรักษา ความลับและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการรักษา ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลายขึ้น มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ศึกษา กล้าเปิดเผยข้อมูล ทำให้กระบวนการทำจิตบำบัด ประคับประคองดำเนินต่อไปด้วยดีจนยุติการบำบัดใน ครั้งนั้นและครบกระบวนการบำบัดทั้ง 6 ครั้ง และเทคนิค การสำรวจทางจิตพลวัต ใช้ในการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตพลวัตของผู้ป่วยตลอดกระบวนการทำ จิตบำบัดประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ในการสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย แต่ละคน โดยเฉพาะผู้ป่วยคนที่ 2 และผู้ป่วยคนที่ 10 เนื่องจากผู้ป่วยคนที่ 2 อุปนิสัยเดิม เป็นคนไม่ค่อยพูด ไม่ชอบสูงส่งกับคนอื่น ไม่กล้าแสดงออก มีการเจ็บป่วย ตั้งแต่อายุ 18 ปี ทำให้การสนทนาระหว่าง ผู้ศึกษากับ ผู้ป่วยเป็นลักษณะถามคำตอบคำ พูดเสียงเบา ระยะ เวลาที่ใช้ในกระบวนการทำจิตบำบัดประคับประคอง ใน ครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 4 มากกว่าที่กำหนด และ ผู้ป่วยคนที่ 10 การทำจิตบำบัดครั้งที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประวัติ ระยะที่ใช้มากที่สุด 1 ชั่วโมง 22 นาที เนื่องจากผู้ป่วย ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ใช้กลไกทางจิตแบบโทษคนอื่นและการใช้เหตุผล ทำให้ผู้ศึกษาต้องใช้เทคนิคการ สำรวจทางจิตพลวัตในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองในแง่มุมต่างๆ ทั้งใน ด้านเนื้อหาและความรู้สึกมากกว่าคนอื่น ๆ ดังนั้นผู้ ศึกษาจึงต้องรักษาความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษา เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Hartman & Lazarus¹¹ ที่กล่าวว่าผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิค การสำรวจทางจิตพลวัต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้าน ความคิด ความสัมพันธ์และการประคับประคองจิตใจ ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน แต่คงไว้ซึ่งความ

สัมพันธ์ที่ดีเป็นพื้นฐานของการทำจิตบำบัดและมีความ สอดคล้องกับ Leonard et al.¹² ที่พบว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างทักษะในการสำรวจทางจิตพลวัตของผู้บำบัด และกลุ่มอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทมีพัฒนาการใน ทางที่ดีขึ้น

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ารับการ ทำ จิตบำบัด พบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับข้อมูลได้อย่าง เป็นระบบระเบียบสามารถแยกแยะและทดสอบสภาวะ ที่เป็นจริงได้ด้วยตนเองเช่นผู้ป่วยคนที่ 5 และคนที่ 6 ที่มีอาการหลงผิดและจากการประเมินอาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมิน PANSS พบว่า อาการ ทางจิตของผู้ป่วยลดลง มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน อาการ ทางจิตระดับความรุนแรงของโรคอยู่สูงกว่าเกณฑ์ที่ยัง ไม่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการด้วยยาให้สงบลง ได้ มีผู้ป่วยจำนวน 8 คน การทำจิตบำบัดไม่สามารถ ยืนยันได้ว่าทำให้อาการทางจิตลดลงได้ เนื่องจากผู้ป่วย ทั้ง 11 คน ยังอยู่ในการดูแลของแพทย์ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะต้องมีการควบคุมเรื่องยา และการติดตามผลการ รักษาด้วยยา ให้คงขนาดยาที่พอเพียงในการควบคุม อาการให้สงบลง เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์¹³ และ จากแบบประเมิน PANSS พบว่ามีค่าคะแนนภาวะซึม เศร้าของผู้ป่วยลดลง จำนวน 10 คน ยกเว้นผู้ป่วยคนที่ 2 ที่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่าเดิมและผู้ป่วยที่มี ภาวะซึมเศร้าค่าคะแนน ระดับความรุนแรงของโรค อยู่ สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยจำนวน 4 คน และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวน 3 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant) ร่วมด้วย ยกเว้นผู้ป่วยคนที่ 4 ซึ่งมีค่าคะแนนภาวะซึม เศร้าลดลงไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเศร้า ทำให้เห็นว่าการทำจิตบำบัดประคับประคองมีผลต่อ การทำให้ความรู้สึกต่อตนเองด้านลบดีขึ้นแม้จะไม่ได้ รับยาด้านเศร้าก็ตามโดยอาศัยผู้ศึกษาใช้เทคนิคการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษาและการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจหรือไม่สบายใจออกมา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้นภาวะซึมเศร่าลดลง ซึ่ง สอดคล้องกับ Barber et al.¹⁴ ที่พบว่า การทำจิตบำบัด แบบ Supportive expressive dynamic psychotherapy ในผู้ป่วยซึมเศร้าเรื้อรังว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ บำบัดกับผู้ป่วยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงถึงผล การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้



หลังเข้ารับการทำจิตบำบัดมีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่มีปริมาณการใช้ยาลดลง สำหรับผู้ป่วยจำนวน 7 คน ยังได้รับยาปริมาณเท่าเดิม ผู้ป่วยคนที่ 3 มีปริมาณการได้รับยาลดลง ในกลุ่มยาคลายกังวล (Antianxiety drug) ซึ่งการรักษาต้องการใช้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในการทำให้ผู้ป่วยง่วงและหลับเท่านั้น ผู้ป่วยคนที่ 4 มีปริมาณการได้รับยาลดลงในกลุ่มยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (Anticholinergics drug) และผู้ป่วยคนที่ 6 มีปริมาณการได้รับยาลดลงในกลุ่มยาต้านโรคจิตและยาคลายกังวล และผู้ป่วยคนที่ 7 แม้ว่าปริมาณการได้รับยาลดลงในกลุ่มยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทานและยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่มีการออกฤทธิ์ระยะยาว แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าปริมาณการใช้ยาลดลงเป็นผลมาจากการทำจิตบำบัดระดับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 11 คน ยังมีอยู่ในการดูแลของแพทย์ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะต้องมีการควบคุมเรื่องยา และการติดตามผลการรักษาด้วยยา ให้คงขนาดยาที่พอเพียงในการควบคุมอาการให้สงบลง เป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์¹³

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยหลังเข้ารับการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบจิตพลวัต ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการสำรวจและทำความเข้าใจพลวัตการเกิดปัญหาทางจิตของตนเอง การทำจิตบำบัดในครั้งนี้ 2 ถึงครั้งที่ 5 ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยมองว่ามีสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยเองที่รับภาระการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาและไปดื่มสุรา ทำให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อตนเองและคนอื่น สาเหตุทำให้คนอื่นขาดความไว้วางใจ ระแวง กลัวตนเองส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับและปฏิเสธผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Leonard et al.¹² ที่พบว่าสิ่งที่ปรากฏใน ทักษะการสำรวจทางจิตพลวัตเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดการปฏิเสธการเจ็บป่วย และจากแบบประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา หลังทำจิตบำบัดระดับประคองพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 9 คน ใน 11 คน มีความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจำนวน 2 คน ค่าคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาไม่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยคนที่ 8 ยังอยู่ในภาวะที่ยังจะต้องพึ่งพิง

พี่สาว เพราะมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย แขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและอยู่ระหว่างการฝึกทำกายภาพบำบัด สำหรับผู้ป่วยคนที่ 9 มีพื้นฐานบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและมีอารมณ์แบบหุนหันพลันแล่นมักจะชอบใช้กำลังในการแก้ปัญหา แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 คน ก็มีแนวทางในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นให้เหมาะสมขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้การรักษา จะต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านจิตวิเคราะห์ มีความสนใจและชอบศึกษาเรื่องของคน การดำรงชีวิต ความรู้สึก ความคิด และจินตนาการ เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับบุคคลโดยไม่มีเงื่อนไข และผู้ให้การรักษาคควมีความเป็นตัวเอง มีอิสระไม่ถูกจำกัดด้วยค่านิยมที่ตื้น ๆ หรือไม่ถูกต้องของสังคม มีความอยากรู้ที่มีความเมตตากรุณา เสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ และผู้อื่นสามารถให้ความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ซึ่งผู้ให้การรักษาคควได้ฝึกวิธีการเข้าใจคนอื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา ตระหนักรู้ในตนเอง และได้รับการฝึกทักษะเพื่อให้มีประสบการณ์โดยมีผู้เชี่ยวชาญช่วยให้คำปรึกษา ชี้แนะในการวิเคราะห์กระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองจากเทปบันทึกเสียงในผู้รับการรักษาคแต่ละคน

2. ใช้กระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคองให้ครบทั้ง 6 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง บรรลุตามวัตถุประสงค์ในแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความชัดเจนในประเด็นปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและผู้อื่นดีขึ้น และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมขึ้น รวมทั้งให้เกิดความมั่นใจในการจะกลับไปเผชิญปัญหาเดิมหลังจากออกจากโรงพยาบาล

3. เสนอทำเป็นงานวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย และมีการนัดติดตามผลทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน



เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2539.
2. ปราโมทย์ เขาวชิรศิลป์. จิตบำบัดทางการแพทย์ (ชนิดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2528.
3. สมพร บุษราทิจ, ศุภโชค สิงห์กันต์, สุนทรศก บุษราทิจ. จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีวิเคราะห์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วโรงพิมพ์; 2544.
4. จันทิมา องค์โสมชิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2545.
5. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
6. Carson VB, Arnold EN. Mental Health Nursing: The Nurse-Patient journey. Philadelphia Pennsylvania: W.B. Saunders Company; 1996.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
8. เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา, สุธีรา ภัทรายุทธวรรณ์, มัลลย์ เฉลิมชัยนุกูล. ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45:59-70.
9. Wermen DS. The Practice of Supportive psychotherapy. New York: Brunner/Mazel; 1984.
10. โยธิน คั่นสนยุทธ และคณะ. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533.
11. Hartman C, Lazarus LW. Psychotherapy with elderly depressed patients. Chin Geriatr Med 1992; 8(2): 355-362.
12. Leonard LG, Haward MK, Robert DS, Peter HK, Arlen FF, John GG. Psychotherapy of Schizophrenia: An Empirical Investigation of the Relationship of process to Outcome. American Journal of psychiatry, 1989; 146(5): 603-608.
13. จำลอง ดิษยวนิช และคณะ. (2544). เอกสารแนวทางการรักษาโรคจิตเภท. ใน ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และพิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). แนวทางการรักษาโรคจิตเวช 2544. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
14. Barber JP, Connolly BM, Crits-Christoph P, Gladis L, Squealed L. Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptom. Consult Clin Psychol 2000; 69(6): 1027-1032.



ตารางที่ 1 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วย คนที่	ก่อน หลัง	P	N	G	S	D	คะแนน รวม	ระดับความรุนแรงของโรค	อาการ ทางจิต
1	ก่อน	16	14	30	6	8	66	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	ดีขึ้น
	หลัง	9	10	21	3	5	43	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
2	ก่อน	13	24	37	5	9	79	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	13	18	29	3	9	63	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
3	ก่อน	11	19	45	8	14	83	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	8	11	24	3	7	46	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	
4	ก่อน	17	9	32	5	12	63	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	8	7	18	3	6	36	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
5	ก่อน	8	9	28	3	9	48	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	7	8	20	3	5	38	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
6	ก่อน	16	21	37	5	10	79	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	14	16	30	6	7	66	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	
7	ก่อน	18	11	36	8	11	73	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	ดีขึ้น
	หลัง	8	9	21	3	5	41	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
8	ก่อน	10	16	34	3	9	63	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	9	8	23	3	6	43	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
9	ก่อน	14	11	31	6	12	62	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	ดีขึ้น
	หลัง	8	7	19	3	6	37	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	
10	ก่อน	14	13	38	3	11	68	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	ดีขึ้น
	หลัง	11	12	32	3	8	58	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	
11	ก่อน	9	24	31	3	12	67	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	ดีขึ้น
	หลัง	7	12	18	3	5	40	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	



ตารางที่ 2 ประเมินการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทำจิตบำบัดประคับประคอง(N=11)

ผู้ป่วย คนที่	คะแนนการขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา								ความ สามารถใน การแก้ปัญหา
	ความเชื่อมั่นในการ แก้ปัญหา		วิธีการเข้าถึง/ หลีกเลี่ยงปัญหา		การควบคุมตนเอง		คะแนนรวม		
	ก่อนทำ	หลังทำ	ก่อนทำ	หลังทำ	ก่อนทำ	หลังทำ	ก่อนทำ	หลังทำ	
1	42	34	50	47	29	17	121	98	ดีขึ้น
2	31	32	58	52	21	17	110	101	ดีขึ้น
3	32	24	51	51	21	13	104	88	ดีขึ้น
4	24	20	42	40	27	24	93	84	ดีขึ้น
5	34	20	52	42	18	18	104	80	ดีขึ้น
6	31	30	43	45	25	22	99	97	ดีขึ้น
7	19	11	51	36	23	5	93	52	ดีขึ้น
8	18	33	53	49	24	18	95	100	ไม่ดีขึ้น
9	16	19	49	45	19	24	84	88	ไม่ดีขึ้น
10	28	26	50	40	17	15	95	81	ดีขึ้น
11	42	34	66	64	18	11	126	109	ดีขึ้น
คะแนน เฉลี่ย	28.82	25.73	51.36	46.45	22	16.73	102.18	88.91	