



ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

กาญจนา เหมะรัตน์, กศ.ม.*

อำพัน จารุทัศนางกูร, กศ.ม.*

พัชรา ศิลปบรรเลง, วท.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และเปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมกลุ่ม

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษา กลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (One-group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการบำบัดที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวันระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2551 จำนวน 10 คน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบ และโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 โปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

ผล : ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) มีอายุเฉลี่ย 35.7 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 80) ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 80) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. (ร้อยละ 60) ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 13.7 ปี ส่วนใหญ่เคยรักษาแบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 80) มีจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 ครั้ง ระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาลกลางวันเฉลี่ย 1.8 ปี และเมื่อเปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป : โปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้ความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง จึงควรขยายผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ และกลุ่มญาติ รวมทั้งควรศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ร่วมกับรูปแบบการบำบัดอื่น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท ความคิดอัตโนมัติทางลบ โปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม

* พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Changes of negative automatic thoughts in a group cognitive-behavioral therapy program for the patients with schizophrenia

*kanjana Hemarat, M.Ed.**

*Ampun Jarutatsanangkoon, M.Ed.**

*Patchara Silapabanleng, M.Sc.**

Abstract

Objective: To study the outcome of negative automatic thoughts before and after the group cognitive-behavioral therapy (CBT) program in patients with schizophrenia, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Materials and Methods: This is the Quasi-experimental type study. We use the one-group pretest-posttest design. Ten patients with schizophrenia, suitable for a study criteria, who received treatment in a day hospital unit between May and July 2009 were recruited. The study tools consist of a personal data questionnaire, the negative automatic thought record form and the group CBT manual. All were examined the content validity by experts. The Wilcoxon matched-pairs signed ranks test was also used for statistics analysis.

Results: Most of the patients were male (70%), single (80%), unemployed (80%) and graduated from secondary schools (60%). The mean age was 35.7 year and the mean duration of illness is 13.7 year with mean readmission times of 4.5. The length of receiving treatment in day hospital was 1.8 year. By comparing the negative automatic thoughts before and after the intervention, the significant changes were observed in improvement ($p\text{-value} < 0.01$).

Conclusions: The group CBT program may have a benefit on reducing negative automatic thoughts in patients with schizophrenia. The results should be generalized to other psychiatric patients and their caregivers. We suggest the combination of CBT and other psychological treatment for better results.

Keywords: negative automatic thought, group cognitive-behavioral therapy program, schizophrenia

* Register Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

จิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 45 – 50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบได้บ่อยในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 1¹ แต่แต่ละปีจะพบผู้ป่วยเป็นจิตเภท 1 ในหมื่นคน² ในรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2546 ถึงปี 2550 มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการ 853,253 ราย 903,613 ราย 959,885 ราย 965,150 ราย และ 999,455 รายตามลำดับ สำหรับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในปี 2546 จำนวน 40,156 ราย ในปี 2548 เป็น 47,332 ราย และในปี 2550 จำนวน 51,159 ราย จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการเป็นๆหายๆ บางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้อาการกำเริบ จนกลายเป็นโรคเรื้อรัง อาการสำคัญของผู้ป่วยมีความผิดปกติในด้านความคิดการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Cognitive) เป็นอาการเด่น³ ทำให้ความสามารถในการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การแสดงพฤติกรรมผิดปกติ ความคิดที่ผิดปกติ เช่น ความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ความคิดทางลบ ความคิดขาดความเชื่อมโยงกับความจริงและเหตุผล คิดเข้าหาตนเอง สูญเสียความสามารถด้านการตัดสินใจ ส่งผลให้การแสดงออกของอารมณ์ พฤติกรรมไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง และไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้⁴ เป็นปัญหาต่อการดูแลตนเอง นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70¹ และเป็นภาระของญาติ ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษา ทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตรูปแบบต่าง ๆ เช่น จิตบำบัด (Psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) ชุมชนบำบัด

(Therapeutic Community) เป็นต้น นอกจากนี้ในทศวรรษที่ผ่านมาได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ได้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา ซึ่งเรียกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆของเรามีอิทธิพลมาจากความคิดที่บิดเบือนทางลบ วิธีการรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดทางลบที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้นๆ จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าวและตอบสนองต่อสถานการณ์ ด้วยความคิดใหม่ทางบวกซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายกลุ่ม เป็นการช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความคิดและความเชื่อทางลบที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกแต่ละคนให้ลดลง ซึ่งกระบวนการของกลุ่มจะทำให้เกิดความคิด ความเชื่อทางบวก หลังจากในกลุ่มเริ่มมีความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่มแล้ว⁵

การบำบัดความคิดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมได้รับความนิยมมากขึ้น ได้มีการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เป็นการรักษาเสริมในผู้ป่วยมีการศึกษาที่พบว่าเมื่อให้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) อาการหลงผิดและประสาทหลอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ ผู้ป่วยที่มีอาการวิกลจริตอย่างเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม หายจากอาการวิกลจริตเร็วกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่ได้รับยา และการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive therapy)⁷ ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น อาการโดยรวมลดลง อาการซึมเศร้าดีขึ้น และไม่พบการฆ่าตัวตาย⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy มีอาการดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ยอมรับมือในการรับประทานยา และติดตามการรักษา⁹

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้น สนับสนุนได้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดจากลบเป็นบวกได้ แต่จากการศึกษายังไม่พบรายงานถึงการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย โดยการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) ที่มารับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเตรียมกลับสู่ครอบครัวและสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน และเปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมกลุ่ม

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาแบบเดี่ยว วัด 2 ครั้ง (One-group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการบำบัดที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวันระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2551 จำนวน 10 คน โดยมีการ

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ศาสนา การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่โรงพยาบาลกลางวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของ Hollon & Kendall¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) ซึ่งได้รับการอนุญาตจากผู้สร้างแบบสอบถามให้แปลเป็นภาษาไทยได้ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ 0.8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดย Beck และคณะ¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรม มีขั้นตอน วิธีการดำเนินกลุ่ม และกำหนดแผนการสอน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้พื้นฐาน A B C Model กระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 ทบทวนและฝึกวิเคราะห์ A B C Model กระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่อง ความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน

ครั้งที่ 4 ฝึกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบจากสถานการณ์

ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เรื่อง การปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และฝึกวิเคราะห์

ครั้งที่ 6 ฝึกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของความคิดอัตโนมัติทางลบ และฝึกปรับความคิดใหม่พร้อมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย

ครั้งที่ 7 ให้ความรู้เรื่องเทคนิค การปรับสมดุลของอารมณ์ และเทคนิคการพูดกับตนเอง (Self-talk) และฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 8 ติดตามความก้าวหน้าในการบำบัดและประเมินผล

สถิติที่ใช้ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) ได้แก่ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

ผล

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.7 ปี สถานภาพสมรส โสด จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงาน จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 11 ถึง 20 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 13.7 ปี ส่วนใหญ่เคยรักษา

แบบผู้ป่วยใน จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 จำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุดคือ 1 ถึง 5 ครั้ง มีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีจำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 4.5 ครั้ง การรักษาที่โรงพยาบาลกลางวันมากที่สุดคือ 1 ครั้ง มีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาลกลางวันมากที่สุดคือ มากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาลกลางวันเฉลี่ย 1.8 ปี

ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ 88.5 (S.D. = 15.37) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ 75.0 (S.D. = 17.77) ซึ่งจากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การทดลอง	จำนวน	X	S.D.	Wilcoxon test	p
ก่อนรับโปรแกรม	10	88.5	15.37	2.668	0.004**
หลังรับโปรแกรม	10	75.0	17.77		

** $p < 0.01$

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทประเภทบำบัดระยะยาว (Maintenance phase) คือผู้ป่วยที่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีการควบคุมและจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นได้ตรง เรื่องราว ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถไว้วางใจผู้อื่น คุณสมบัติดังกล่าวเหมาะสมที่จะเข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อนำไปสู่ความคิดใหม่ที่เป็นไปในทางบวก และจากการเข้าร่วมกลุ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของตนเองได้

ผลจากการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท มีความคิดอัตโนมัติทางลบลดลง เป็นผลมา

จากกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม แล้วปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบนี้อย่างสมเหตุสมผล¹² จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความคิดอัตโนมัติ ที่บิดเบือน เช่น ความคิดด้านลบที่ไม่เป็นประโยชน์ การคิดในแง่ร้าย การคิดไม่สมเหตุสมผล เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิด จะทำให้ความรู้สึกและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปด้วย¹³ หลักการบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ต่อสถานการณ์ที่มากระตุ้นจนให้เกิดความตึงเครียดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะสาเหตุของปัญหาใช้เหตุผลไตร่ตรอง ปรับเปลี่ยนความเชื่อและความคิดอัตโนมัติ ทางลบให้เป็นไปในทางบวก เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีตามมา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้

พฤติกรรมที่แสดงออกมีความเหมาะสมสามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ Tarrier และคณะ⁶ ยังพบว่ากลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมช่วยพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาและช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา Chen และคณะ¹⁴ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น Tian และคณะ¹⁵ ศึกษาพบว่าผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทำให้ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และอาการโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้การรับรู้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ยอมรับและตระหนักในความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา อาการโดยรวมดีขึ้น^{8,9,16} อาการหลงผิดและประสาทหลอนลดลง⁶ การกลับเป็นซ้ำน้อยกว่า¹⁷ การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง^{16, 18, 19} ความวิตกกังวลลดลง^{20, 21, 22} และภาวะซึมเศร้าลดลง^{23, 24}

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงนั้น อาจมาจากการที่โปรแกรมกลุ่มมีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมที่ชัดเจน มีขอบเขต ระยะเวลา กติกา และข้อตกลงที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด ดังที่ Beck¹¹ กล่าวว่าไว้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดเชิงรุก และมีทิศทาง (Active and directive) มีรูปแบบ โครงสร้างชัดเจน (Structured) มีช่วงระยะเวลาของการบำบัด (Time-limited) โดยการบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น ๆ กิจกรรมกลุ่มบำบัดในการศึกษาครั้งนี้มีการแจ้งวัตถุประสงค์

ของแต่ละกิจกรรม มีการกำหนดหัวข้อของกิจกรรมในแต่ละครั้ง และกำหนดช่วงระยะเวลาของการบำบัดคือครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์เวลา 10.00 – 11.30 น. และวันพุธเวลา 9.00-10.30น. การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ พบว่าเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล เชื่อมมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา การให้ความรู้เรื่อง ABC Model และความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความเข้าใจว่าสถานการณ์ต่าง ๆ แต่ละคนจะมีความรู้สึกต่าง ๆ กันไป แต่ความจริงแล้วความคิดที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ ต่างหากที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกตามมา และความคิดที่เกิดขึ้นในทันทีทันใดนั้นเรียกว่า “ความคิดอัตโนมัติ” (Automatic thinking) โดยความคิดอัตโนมัติที่เป็นทางลบและบิดเบือนเป็นความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเข้าใจความคิดของตนเองที่เป็นจุดอ่อน และไม่สมเหตุสมผล ซึ่งการเข้าใจความคิดของตนเองจะเป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัด คือเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และการมองตนเองในด้านลบ^{25, 26} การฝึกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และการฝึกปรับความคิดใหม่ จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทดสอบความความคิดอัตโนมัติทางลบ แล้วสร้างแบบแผนการคิดแบบอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ สมเหตุสมผล มีความยืดหยุ่น ซึ่งจะช่วย

ให้ผู้ป่วยซักซ้อมความคิดที่เกิดขึ้นใหม่ และนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์²⁷

สรุป

ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทำให้ความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง เข้าใจความคิดของตนเองมากขึ้น รู้จักที่จะปรับเปลี่ยนมุมมองและความคิด ทำให้สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล ,เกรียงไกร แก้วผณีกรังสี. โรคจิตเภท. ใน : สมภพ เรืองตระกูล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. International Version. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995.
3. จำลอง ดิษยวณิช. ปัจจัยด้าน Psychodynamic ต่อการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน: เกษม ต้นติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2536: 267 -287.
4. Hedlund LN. and Jeff B. Overview of Psychiatric Nursing . In Rawlins PR, Williams RS and Beck KC, editors. Mental Health Psychiatric Nursing A Holistic Life-Cycle Approach , pp. 2. St. Louis : Mosby Year Book;1993.
5. มานิตย์ ศรีสุภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2542.
6. Tarrier NY, Yusupoff L, Kinney C. Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 1998; 317: 303-307.
7. Drury V, Birchwood N, Cochraane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a control trial: I. Impact on psychotic symptoms. Br J Psychiatry 1996; 169: 593 – 601.

8. Turkington D, Kingdon D and Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioral therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British J Psychiatry* 2002; 180: 523 – 527.
9. ยุทธนา อองอาจสกุลม่น. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภท รายงานผู้ป่วย 4 ราย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13 (2): 114-123.
10. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self – statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Journal cognitive therapy and research* 1980; 4(4): 383-395.
11. Beck TA, Rush AJ, Shaw BF and Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York : The Guilford Press; 1979.
12. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, and Cambell C. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; 4:2.
13. Beck AT. Cognitive anxiety and psychological disorders. In : Spielberger CD , editor. *Anxiety. Current trends in theory and research 3*. New York: Academic Press; 1972.
14. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM and Chou KR. The Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem. *Archives of Psychiatric Nursing* 2006; 20 (1) : 3 – 11.
15. Tian PS, Bullbeck K, Cambell JM. Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression. *Journal of Affective Disorder* 2006; 92: 231 – 241.
16. Kemp R, Haywood P, Applewhaite G. Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. *BMJ* 1996; 312: 345 – 349.
17. Feva G, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. *American Journal Psychiatry* 2004;161 (10) : 1872 – 1876.
18. Wierama D, Jenner JA, Willige G, Spakman M, Nienhuis FJ. Cognitive behavioral therapy with coping training for resistant auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic follow-up study for durability of effects. *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 2001; 103: 393 -399.
19. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et.al. What are the effects of group behavioral therapy for voices: A randomized control trial. *Schizophrenia Research*, Retrieve October 17, 2005.
20. ณัฐทิพร ชัยประทาน. ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวล. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
21. นิชนันท์ คำล้าน. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

22. ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก. การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี. โครงการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
23. สกาวรัตน์ พวงลัดดา. การปรับพฤติกรรมทางปัญญา: กรณีศึกษา. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด. กรมสุขภาพจิต; 2545: 166.
24. ยุพาพัคตร์ รักษณวิวงศ์. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
25. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2549; 19 (2) กรกฎาคม – ธันวาคม: 1 – 13.
26. Stuart GW, Laraia MT. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby Inc; 2008.
27. Sadock BJ, Sadock VA. Psychotherapies. In : Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2003 : 923 – 973.