

การบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่นในผู้ป่วยจิตเภท

ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่ว :

รายงานกรณีศึกษา

Acceptance and Commitment Therapy in Schizophrenic Patients with Suicidal Risk Due to Auditory Hallucinations: Case Study Report

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2557

Volume 37 No.3 (July-September) 2014

สุนันทา คำชมภู พย.ม.* ชนกฤทัย ชีนอารมณี Ph.D.**

Sunantha Khumchomphu MSN.* Chanokruthai Choenarom Ph.D.**

บทคัดย่อ

รายงานการศึกษาการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบยอมรับและมุ่งมั่น (ACT) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่าง ธันวาคม 2556 ถึง มกราคม 2557 บำบัดเป็นรายบุคคล 4 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว และแบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ประเมินก่อนและหลังการบำบัด รายงานผลการศึกษาด้วยการวิเคราะห์รายกรณี พบว่าหลังการบำบัดด้วย ACT ผู้ป่วยมีคะแนน อาการทางจิต ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด และปฏิเสธการมีความคิดหรือแผนในการฆ่าตัวตายหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่น ผู้ป่วยจิตเภท อาการหูแว่ว ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Abstract

This study reports the applicability of the acceptance and commitment therapy (ACT) in reducing suicidal risk in a schizophrenic patient afflicted with auditory hallucination. The case study was a schizophrenic patient admitted for inpatient care at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospitals. The participant received four individual psychotherapy sessions in which each session takes 45–60 minutes. Three instruments, The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Belief About Voices Questionnaire (BAVQ), and Characteristics and Severity of Auditory Hallucination Scale (CSAH) were used for baseline assessment and outcome evaluation at completion of treatment program. The case study was reported by the analysis of treatment progress. The results showed that the patient had less psychotic symptoms, had a decreased believability of the content his hallucination and felt less distressed from auditory hallucination. The participant denied having suicidal ideas or plans at the end of the treatment.

keywords: acceptance and commitment therapy, schizophrenic patient, auditory hallucination, suicidal risk.

*นักศึกษาศาสตรบัณฑิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

จิตเภทเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 12 เท่า¹ การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงชั่วชีวิต (lifetime risk) ในการฆ่าตัวตายโดยประมาณร้อยละ 9.7² ซึ่งในปัจจุบันพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทคืออาการทางคลินิกของโรคเช่น อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการหวาดระแวง (paranoid) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท³ ในขณะที่อาการหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandeur delusion) มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท⁴

ชนิดของอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ประสาทหลอนทางหู หรือ หูแว่ว โดยพบได้บ่อยถึงร้อยละ 50-70⁵ ซึ่งลักษณะเนื้อหาของหูแว่วที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ได้ยินเสียงพูดคุยกัน เสียงผู้อื่นวิพากษ์วิจารณ์ตนเองเสียงสั่งให้ทำตามหรือเสียงขมขู่จะทำร้ายที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการหวาดระแวง เชื่อว่าตนเองไม่ติดตามเสียงนินทา⁶ นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับความเชื่อของผู้ป่วยต่อเนื้อหาในเสียงที่ได้ยินจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความทุกข์ทรมานและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย^{7,8} เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่คล้อยตามเสียงแว่วที่ได้ยิน และขาดทักษะในการจัดการกับอาการหูแว่ว⁹ จึงนำไปสู่ความคิดหมกมุ่นและอารมณ์เศร้า โกรธ กระวนกระวาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในปัจจุบันจะเน้นการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นโดยการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง⁵ การบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่น (acceptance and commitment Therapy : ACT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่ได้รับ

การยอมรับว่ามีประสิทธิภาพช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการเผชิญกับอาการหูแว่วได้รับการบำบัดด้วย ACT เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในยุคที่ 3 (third wave CBT) ซึ่งเป็นการนำเอาแนวคิดทางพุทธศาสนา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแบบตะวันตก โดยการบำบัดแบบนี้เน้นการให้ผู้ป่วยเห็นธรรมชาติของ ความคิดและอารมณ์ที่ไม่เที่ยง มีทั้งสุขและทุกข์ เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ หลีกเลียงไม่ได้ ความตระหนักรู้ในธรรมชาติของอารมณ์และความคิด นำไปสู่การยอมรับและมีความยืดหยุ่นทางความคิดเพิ่มมากขึ้น^{10,11}

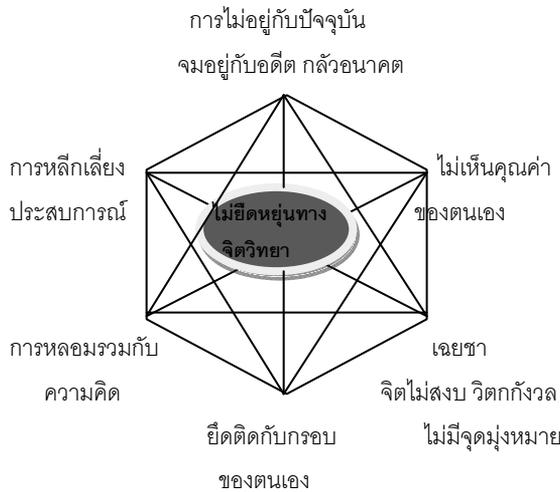
แนวคิดการเกิดพยาธิสภาพทางจิตของ ACT

กรอบแนวคิดของ ACT เชื่อว่าความทุกข์และปัญหาทางจิต เกิดจากการตอบสนองของบุคคลต่อความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เมื่อบุคคลเกิดความคิดและอารมณ์ในแง่ลบ มักจะเชื่อว่าความคิดลบโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับตนเองนั้นเป็นความจริง เรียกว่าการหลอมรวมตนเองกับความคิด ไม่เห็นว่าความคิดเป็นสิ่งที่แยกออกจากตัวตนจริง ๆ ของตนเอง จึงเกิดความทรมาน อารมณ์หม่นหมองจากการเห็นเป็นจริงเป็นจังของความคิดนั้น บุคคลต้องการหลีกเลียงอารมณ์หม่นหมองที่เผชิญอยู่ พยายามเปลี่ยนให้ตนเองมีความคิดและอารมณ์ทางบวกมากขึ้น จึงเข้าสู่วังวนของความคิด เพื่อหาเหตุผลทำความเข้าใจที่มาของทุกข์ และลบล้างประสบการณ์ความคิดและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น เพื่อให้รู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ และมีอารมณ์ที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้บุคคลจะเข้าใจที่มาที่ไปแห่งทุกข์ ก็จะไม่อาจพ้นทุกข์ เพราะความสงบของจิตใจ ไม่ได้มาจากการเข้าใจด้วยความคิดเชิงเหตุผล แต่หากได้มาจากการยอมรับความคิดหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น จึงนำไปสู่ความสงบทางอารมณ์ สามารถตั้งมั่นอยู่กับปัจจุบัน เผชิญประสบการณ์ชีวิตและสะสมความนับถือตนเองได้ แต่หากบุคคลไม่ยอมรับความคิดหรือความรู้สึกทางลบที่ได้เกิดขึ้น กลับยึดติดอยู่กับกรอบที่

ตนเองสร้างไว้ว่าชีวิตตนควรมีแต่สิ่งที่ดีน่าชื่นชมเท่านั้น มองไม่เห็นสัจธรรม ว่าคุณค่าและความหมายของชีวิต มาจากการได้เผชิญทั้งสุขและทุกข์ที่มีปะปนกันไป หันไปหมกมุ่นยึดติดอยู่กับอดีตและกังวลในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง ขาดเป้าหมายในชีวิต เจาะขาดพลังชีวิตและความ

มุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินชีวิตตามเป้าหมาย ก่อให้เกิดความว่างเปล่า ความภาคภูมิใจในตนเอง และรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้จิตใจประบางไม่มีความยืดหยุ่นเมื่อมีปัญหาอุปสรรค เสี่ยงต่อ การเกิดความเจ็บป่วยทางจิตได้¹¹ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จิตพยาธิสภาพตามกรอบแนวคิด ACT (ACT Model of Psychopathology)¹¹



ภาพที่ 2 กระบวนการบำบัดตามกรอบแนวคิด ACT (ACT Model of Therapeutic Process)¹¹

หลักการบำบัดสำคัญของ ACT

หลักการบำบัดสำคัญของ ACT มี 6 หลักการที่ลือไปตามแนวคิดการเจ็บป่วยที่แสดงในภาพที่ 1 โดยการบำบัดมีจุดประสงค์ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความคิดที่เจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการมีสติรู้ตัว (mindfulness) คือการรู้สึกตัวอย่างเต็มที่อยู่กับสถานการณ์ปัจจุบัน พร้อมทั้งเข้าใจธรรมชาติของชีวิต ว่าประกอบด้วยทั้งสุขและทุกข์ ความต้องการที่จะมีเพียงความสุขนั้น เป็นไปไม่ได้ และการหลีกเลี่ยงความทุกข์ก็มีแต่จะยิ่งทำให้ความทุกข์นั้นขยายใหญ่ขึ้น ไม่ยอมผ่านไป การยอมรับอารมณ์หม่นหมองด้วยการเปิดใจรับประสบการณ์ แทนการพยายาม ควบคุม ต่อสู้ หรือหลีกเลี่ยง เน้นการรับรู้ และสนใจกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน ดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมาย และรับรู้คุณค่าในตนเอง¹¹ ดังภาพที่ 2

จากภาพที่ 2 หลักการการบำบัดของ ACT มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การแยกจากการหลอมรวมกับความคิด (defusion) เป็นการพิจารณาความคิดด้วยทัศนคติใหม่ ทำให้เข้าใจว่าความคิดเป็นเพียงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น ต้องแยกออกจากตัวตนของตนเอง ซึ่งความคิดอาจเป็นความจริงหรือไม่ก็ได้ และบุคคลไม่จำเป็นต้องตอบสนองสิ่งที่ตนเองคิดทุกเรื่อง

2. การยอมรับ (acceptance) เป็นความเข้าใจว่าในชีวิตคนทุกคน ต้องมีทั้งเรื่องที่ดีและไม่ดี ทำสิ่งทั้งผิดและถูก มีความรู้สึกได้ทั้งดีและไม่ดี หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันไป มีการเกิดขึ้นเองและหายไปเอง เราจึงควรเปิดพื้นที่ให้สัมผัสได้กับความรู้สึกที่มีทั้งดีและไม่ดีได้ แทนที่จะเลือกต้อนรับแต่ความรู้สึกที่ดีเท่านั้น และพยายามหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดี เพราะมีแต่จะทำให้เก็บกด และยึดติดกับความรู้สึกไม่ดีนั้น จนเกิดผลเสียตามมา

3. ตัวตนเปลี่ยนแปลงตามบริบท (observing self/self as context) เป็นทัศนคติที่เห็นตนเองเป็นบริบทที่สามารถเปลี่ยนไปได้เรื่อย ๆ ตามสิ่งแวดล้อม เปรียบเสมือนกับผิวน้ำที่รับความรู้สึกตามสภาพอากาศ

อุ่น ร้อน หรือเย็นสบาย เปลี่ยนแปลงไปไม่คงที่ ตัวตนทำหน้าที่เป็นผู้รู้ ที่คอยสังเกตความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ทั้งดีและไม่ดีที่เกิดขึ้น

4. การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (being present) การเปิดใจสัมผัสความรู้สึก ความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ ทำให้ใจตั้งอยู่กับปัจจุบัน มีสติอย่างเต็มที่ อยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เปิดกว้าง นำไปสู่อิสระ ไม่ยึดติดกับอดีต หรือกังวลกับอนาคต

5. การเห็นคุณค่าของตนเอง (value) เป็นการเข้าใจถึงทัศนคติที่ว่าชีวิตมีคุณค่าจากการได้ก้าวเดินผ่านทั้งโชคชะตาและอุปสรรคในชีวิต ประสบทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว สิ่งที่สำคัญและเป็นความหมายของชีวิตคือการเรียนรู้และยืนหยัดผ่านประสบการณ์ชีวิตทั้งหลาย การรู้จักธรรมชาติของการมีชีวิตอย่างรอบด้านนี้ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ที่สามารถผ่านเรื่องราวอันหลากหลายมาได้

6. การมุ่งมั่นลงมือปฏิบัติ (committed action) เป็นสภาวะของจิตใจที่มุ่งมั่นมีความหวัง มีทิศทางสามารถตั้งเป้าหมายที่ทำให้ชีวิตของตนเองมีคุณค่าลงมือปฏิบัติตามความมุ่งมั่นตั้งใจอย่างถึงที่สุด และกล้าเผชิญกับผลลัพธ์ แม้จะสำเร็จหรือไม่ ก็ไม่สำคัญเท่ากับการได้พยายามทำอย่างดีที่สุด และได้เรียนรู้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว^{10, 11}

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัด ACT

จนถึงปัจจุบัน ได้มีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิภาพของโปรแกรม ACT นี้โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยจากการศึกษาแบบ randomized control trial (RCT) ศึกษาการบำบัดด้วย ACT ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีหูแว่ว ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลผลการศึกษาพบว่าสามารถลด ความทุกข์ทรมาน ความถี่ของอาการหูแว่วและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเมื่อติดตามประเมินผลในระยะเวลา 4 เดือน¹² รวมถึงการศึกษานำร่องใช้การบำบัดด้วย ACT ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วมีความทุกข์ทรมาน

เกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลง⁷ การศึกษาเชิงเปรียบเทียบผล การบำบัดด้วย ACT และกลุ่มรักษาแบบปกติ พบว่าการ บำบัดด้วย ACT ทำให้ความเชื่อและความทุกข์ทรมาน ต่ออาการหูแว่วลดลง⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดด้วย ACT สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้¹⁷ โดยใน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากความทุกข์ทรมาน จากอาการ หูแว่วที่ลดลง¹³

จากประสิทธิภาพการบำบัดด้วย ACT ที่ สามารถทำให้ความเชื่อและความทุกข์ทรมานจากอาการ หูแว่วลดลงและยังลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เกิด ขึ้นจากอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้การบำบัดด้วยการยอมรับ และมุ่งมั่น (ACT) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรง พยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยการลดความ เชื่อถือในเนื้อหาหูแว่ว ยอมรับความรู้สึกทางลบที่มาจาก การมีหูแว่วได้ เพื่อช่วยลดการตอบสนองต่อเสียงแว่วใน ทางลบที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีจำนวน 1 คน ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายจากอาการหูแว่วที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2556 ถึง มกราคม 2557 โดยบำบัดเป็นรายบุคคลตามโปรแกรม การบำบัด 4 ครั้งวันเว้นวัน ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที จนครบโปรแกรม ประเมินผลการศึกษาก่อนและหลังการ บำบัดทันที ด้วยแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น แบบ ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว และแบบประเมิน ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และวิเคราะห์ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์และความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย

เครื่องมือในการศึกษา

ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชุดใช้ประเมิน ก่อนและหลังการบำบัดดังนี้

1. แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (brief psychiatric rating scale: BPRS) พัฒนาขึ้นโดย Overall, Gorham (1962)¹⁴ ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงอาการ รุนแรงมาก มีค่าคะแนนได้ตั้งแต่ 7 ถึง 126 คะแนน การ แปลผลคะแนนน้อยกว่า 18 หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต และ คะแนน 37-126คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง เครื่องมือนี้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยและรายงานระดับ ความเชื่อมั่นที่ 0.87¹⁵

2. แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (belief about voices questionnaire: BAVQI) พัฒนา เครื่องมือโดย Chadwick และ Birchwood¹⁶ เป็นแบบวัด ที่ให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเอง เพื่อประเมินความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นจากความเชื่อต่อเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน ประกอบด้วยคำถาม 5 หมวด จำนวน 30 ข้อ ลักษณะ คำถามตอบว่าใช่ (คะแนนเท่ากับ 1) หรือไม่ใช่(คะแนน เท่ากับ 0) คะแนนสูงหมายถึงมีความเชื่อเกี่ยวกับเสียง แว่วสูง ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและหาความคงที่ ภายในโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.81¹⁷

3. แบบประเมินลักษณะและความรุนแรง ของอาการหูแว่ว (characteristics and severity of audi- tory hallucination scale (CSAH) พัฒนาโดย Buccheri, Trygstad¹⁸ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวมจะ เท่ากับ 0-50 คะแนน คะแนนรวมที่สูง แสดงถึงการมี ลักษณะและความรุนแรงของการมีหูแว่วสูง เครื่องมือนี้ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งตรวจสอบความเที่ยงของ เนื้อหาพบระดับ Cronbach's alpha ที่ 0.76¹⁸

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 41ปี สถานภาพ โสด อาชีพ รับจ้างทั่วไป การวินิจฉัยโรค โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia; F20.0) มีประวัติป่วยทางจิต มา 5ปี รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยามาเป็นเวลา 1 ปี เพราะ

ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงไม่ยอมรับยาต่อ 10 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว เป็นเสียงคนมา ชูฆ่า และหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจนพยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินน้ำยาล้างห้องน้ำ เพราะอยากหนีจากอาการหูแว่ว ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่สอง โดยปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยจิตเภสัชบำบัดและกลุ่มกิจกรรมบำบัดในตึกผู้ป่วยใน ยาที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ haloperidol 5 mg 1×3 @ pc, trihexyphenidyl 2mg 1×3 @ pc และ diazepam 2mg 1×3 @ pc โดยได้รับยามา 1 สัปดาห์ตั้งแต่เข้ามาได้รับการรักษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่ววันละหลายครั้ง เสียงแว่วที่ได้ยินมีลักษณะขมขู่ ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมาก รู้สึกหวาดระแวงกลัวคนจะมาฆ่าตนเองตามเสียงจริง ๆ

เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดการเกิดพยาธิสภาพทางจิตของ ACT อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีหูแว่วซึ่งเป็นลักษณะมุ่งร้ายข่มขู่ขึ้น เกิดจากความเชื่อที่ว่าตนเป็นคนไม่ดี “เราเป็นตัวการะ” และผู้อื่นไม่เห็นคุณค่า “คนอื่นรังเกียจและมองเราไม่ดี” การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดดังกล่าวเป็นความจริงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ การแยกความคิดจากความจริงไม่ได้นี้ เรียกว่าการหลอมรวมกับความคิดนำไปสู่การหลีกเลี่ยง ไม่ยอมรับประสบการณ์ ไม่อยากเผชิญกับความทรมานจากอารมณ์และความรู้สึกไม่ดีต่อตนเองที่มาจากความคิดนั้น กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเห็นว่าตนเอง เป็นเพียงบริบทของความคิดและอารมณ์ที่สามารถเปลี่ยนไปตามสถานการณ์แวดล้อม แต่ไปยึดติดว่า ตัวเราจะต้องมีคุณค่า ต้องไม่เป็นภาระกับผู้อื่นในขณะใด ๆ เลย และต้องรู้สึกดีต่อตนเอง จะต้องมีแต่ความสุขและปราศจากความทุกข์โดยสิ้นเชิง

ความคิดดังกล่าวนี้เป็นการตีกรอบความหมายแคบ ๆ ที่ตนเองสร้างขึ้น ความรู้สึกถูกคุกคามจึงเกิดขึ้น ถ้ามีเหตุการณ์ที่ไม่สะท้อนตามกรอบที่สร้างไว้ ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดเพื่อหาเหตุผล เพื่อลบล้างความรู้สึกไม่ดีที่เกิดจากความคิดว่าตนเองเป็นภาระ ซึ่งคนอื่นรังเกียจและดูถูก การหมกมุ่นต่อความรู้สึกนี้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตั้งจิตให้อยู่กับปัจจุบัน จมกับประสบการณ์

ทางลบที่ในอดีต และหวาดกลัวอนาคต ดังคำพูดที่ว่า “อยู่ไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ตายซะก่อนที่จะแก่กว่านี้” พลังชีวิตของผู้ป่วยหมดไปกับการครุ่นคิดเพื่อหาเหตุผลลบล้างความรู้สึกไม่ดี จนเหนื่อยล้า ท้อแท้ ไม่มีกำลังจะคิดสร้างสรรค์ หรือแม้กระทั่งทำกิจวัตรประจำวัน “วัน ๆ ก็อยู่แต่ในบ้าน ไม่ทำอะไร” ซึ่งก็ยิ่งทำให้รู้สึกไม่ดีต่อตนเองและรู้สึกไร้ค่ายิ่งขึ้น เมื่ออยู่ในสภาวะนั้นนาน ๆ ก็ยิ่งเกิดความกระวนกระวาย จิตใจไม่สงบ วิตกกังวล มีหูแว่วเสียงคนตำหนิ ชูจะทำร้าย มีความคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหลีกเลี่ยงจากความคิด ความรู้สึกที่ไม่ดีเมื่อมีอาการหูแว่วเกิดขึ้น

จุดประสงค์ของการบำบัด

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกความคิดจากความจริงในเรื่องทัศนคติต่อตนเอง(ตนเองด้อย)ทัศนคติต่อคนอื่น (คนอื่นมองตนเองในแง่ลบ)และการทำนายอนาคตในแง่ลบ (ต่อไปก็ต้องเป็นแบบนี้และแย่ลง)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปิดใจสัมผัสและยอมรับความคิดและความรู้สึกในทางลบของตนเอง และตั้งจิตอยู่ในปัจจุบันได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ให้คุณค่าต่อการใช้ชีวิตที่เกิดจากการเผชิญสถานการณ์ในชีวิตและเรียนรู้ผลที่ตามมาทั้งในแง่ดีและไม่ดี
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง และมีความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายนั้น

ผลการบำบัด

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน และผู้ศึกษาเป็นพยาบาลประจำที่ตึกผู้ป่วย สัมพันธภาพในการบำบัดได้เริ่มเกิดขึ้นก่อนหน้าแล้วตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับรักษา เมื่อผู้ศึกษาประเมินผู้ป่วยเพื่อดูความเหมาะสมในการทำจิตสังคัมบำบัดแบบ ACT ทำให้ผู้ป่วยรู้จักและมีความไว้วางใจในผู้บำบัดการบำบัดทางจิตสังคัมทั้ง 4 ครั้งจึงเป็นไปโดยไม่ติดขัดสถานที่ที่ใช้บำบัดเป็นห้องทำกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วยใน ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกันวันเว้น

วัน รวมเวลาทั้งหมดในการบำบัดประมาณ 1 สัปดาห์โดยมีวัตถุประสงค์ในการบำบัดทั้ง 4 ขั้นตอนนั้นมีเนื้อหาการบำบัดดังนี้

ครั้งที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดด้านทักษะการรู้คิด กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกการทักษะสังเกตความคิดและการแยกความคิด ออกจากตัวตนซึ่งเป็นผู้สังเกตความคิดนั้น ต้องเป็นกิจกรรมที่ง่ายและตรงไปตรงมากิจกรรมที่ใช้ คือการใช้ภาษานำหน้าความคิด คือเติมคำว่า **“ฉันกำลังคิดว่า.....”** หน้าความคิดทุกความคิดก่อนที่จะพูดสื่อสารความคิดของตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถทำได้ ดังตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยพูด **“ผมคิดว่าผมไม่มีค่า เป็นตัวภาระให้แม่” “ผมคิดว่าคนอื่น ๆ ทุกคน เค้าคงดูถูก รังเกียจ อยากให้ผมตาย ๆ ไปซะ”** การใช้เทคนิคการพูดแบบนี้ช่วยเตือนให้คนใช้ทราบถึงความคิด และแยกตัวตนผู้สังเกตคือคนใช้เอง จากความคิดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในหัว พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อความคิดที่เปลี่ยนไปหลังจากฝึกทักษะ สะท้อนจากคำพูดว่า **“ผมเข้าใจแล้ว ว่าไอ้ที่มันอยู่ในหัวนี้ มันเรียกว่าความคิด มันบ่มแค้นโตเฮาเนาะครับ โตเฮาก็นั่งอยู่นี้คือเก่า ความคิดมันแล่นไปแล่นมาเนาะครับ (หัวเราะ) พอเข้าใจแล้วกะอยากหัวเจ้าของ บาดที่นี้”** นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการตอบสนองต่อความคิดโดยไม่จำเป็นต้องเชื่อทันทีหรือตอบสนองโดยอัตโนมัติ **“ก็นั่งดูมันชื่อ ๆ ี่ละครับ บางทีมันก็คิดไป ไอ้ที่คิด มันบ่มแค้นจักบาด ผมกะอยากหัว”**

ครั้งที่ 2 ในการบำบัดครั้งนี้ เน้นการยอมรับความคิดและอารมณ์ในทางลบที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ใจของตนเองเป็นที่ต้อนรับได้ทั้งความคิดและอารมณ์ทั้งดีและไม่ดี จึงทำให้มีจิตใจที่ตั้งอยู่ในปัจจุบัน เลิกหมกมุ่นจนทำให้เกิดอารมณ์ขุ่นมัวได้

กิจกรรมที่ใช้นำให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวคิดนี้ เป็นการสมมติให้ผู้ป่วยมองตนเองเป็นศาลาพักผ่อนในวัด เป็นที่ที่คนมานั่งพัก บางเวลามีคนไม่ดีมาทำอาชญากรรมทำกรอกบางคนก็มานั่งร้องเพลงเอากระถางต้นไม้มาประดับทำให้ศาลาสดชื่น แต่พวกเค้าเหล่านั้นไม่เคยอยู่ตลอดจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาแล้วก็ผ่านไปคนแล้วคน

เล่า เปรียบเสมือนความคิดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ และฝึกให้ผู้ป่วยเปิดพื้นที่ให้กับความรู้สึกทั้งที่ชอบและไม่ชอบและมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยมองรูปดาว เสร็จแล้วพยายามไม่นึกถึงสิ่งที่เกี่ยวกับดาว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ยิ่งพยายามไม่นึกถึง ก็ยิ่งจะนึกถึง ซึ่งก็เปรียบเสมือนการหนีจากความคิดและอารมณ์ที่เป็นอยู่ ผลการทำกิจกรรมคือ ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหา และสามารถนั่งหลับตาเฝ้ามองอารมณ์ตนเอง เปรียบเสมือนตนเองเป็นศาลาพักผ่อนในวัดได้ โดยผู้ป่วยได้สะท้อนว่า **“ผมก็เห็ดได้อยู่ครับ แต่ผมก็คิดแต่แนวบดี้ละครับ คิดว่าแม่เพิ่นมาว่า เพิ่นเห็ดใส่ เห็นคนแถวบ้านมอง เพิ่นคงบ่ เดินมาพักศาลาผมดอกครับ”**

พยาบาลได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน คือ ความคิดที่ว่า ตนเป็นคนไม่ดี ไม่มีคุณค่าและจะไม่มีวันดีขึ้น และชาวบ้านในชุมชนเห็นตนเป็นคนไม่เอาถ่าน และพูดบอกกับตนเองว่า นั่นคือความคิด ความคิดมาแล้ว ความคิดก็จะอยู่สักครู่ แล้วก็ไปให้เห็น ให้มอง ให้รับรู้ แต่ไม่จำเป็นต้องเชื่อ ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถทำได้ และสะท้อนให้ผู้ศึกษาฟังดังนี้ **“ผู้ใดก็บ่ ยากคิดดอกครับ ว่าตนเองเป็นคนบดี้มันนะ คิดแล้วมันก็น้อยใจ พาลลิจจะหามาเจ้าของตาย ตอนแรกผมก็ว่า คุณหมอก็คือให้ผมคิดแนวนี้ ผมก็อยากอายุ แต่ผมกะเห็ดได้ ผมก็ว่า สักแต่ว่าคิด มันเป็นความคิด มันบ่มแค้นของจริงท่องไป ๆ ก็อยู่น่ามันได้ยูเต๊ะหละครับ มันก็คือคำเว้าคุณหมอก ผมคิดแต่ว่าลี้บดี้ขึ้นได้ต้อกแต่ความจริง ผมก็ดีขึ้นอยู่เต๊ะครับ”** พยาบาลจึงได้ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเริ่มแยกความคิดกับความจริงได้แล้ว สามารถยอมรับ และอยู่กับความรู้สึกที่มากับความคิดทางลบได้

ครั้งที่ 3 ความหมายของชีวิตและคุณค่าในตนเองและการลงมือปฏิบัติ เป็นการค้นหาแผนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้รับรู้ความหมายและคุณค่าของตนเอง และนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ และปรับทัศนคติในการใช้ชีวิต ให้ผู้ป่วยให้คุณค่ากับการเผชิญปัญหาอุปสรรค ให้เข้าใจว่าไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะล้มเหลว แต่ล้มแล้วควรลุกขึ้นหาทางแก้ปัญหา ไม่ว่าจะล้มกี่ครั้ง ก็จะไปสู่เป้าหมาย

ได้ คนที่ไม่มีปัญหาคือคนโชคดี แต่คนที่มีปัญหาแล้วรู้คือคนที่มีคุณค่า กิจกรรมในครั้งนี้ คือการให้ผู้ป่วยลองสังเกตการเล่นหมากรุกของเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันโดยไม่ต้องแสดงความคิดเห็นหรือช่วยเหลือ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลองเล่นเอง คิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง เมื่อทำกิจกรรมเสร็จให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความรู้สึก ระหว่างการสังเกตและการได้ลงมือเล่นเองแตกต่างกันอย่างไร ผู้ป่วยพูดสะท้อนว่า *“ตอนดูไอ้...เล่น มันก็คิดนะครับ ว่าบัก...มันคือปีกแท้ คือบ่เดินจั่งซั้น จั่งซี้เล่นเองจั่งได้ฮู้ครับ ว่า ยาก นำคิดหลายกว่าตอนดูซื่อ ๆ”* *“การได้เล่นเองก็ทำให้ได้คิด ได้วางแผน และเมื่อเราเดินหมากรุก ก็เฮ็ดให้เรียนรู้ คราวนี้ ผมแพ้เค้า แต่ผมก็ฉลาดขึ้นเต๊าะ เพราะผมรู้แนวแล้ว คราวหน้าผมอาจจะชนะบ้าง ฮ่า ฮ่า ผมจะต้องเปลี่ยนการเดินใหม่ เพื่อไม่ให้ผิดพลาดอีกครับ”*

ผู้ศึกษาจึงสรุปและเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอุปสรรคของชีวิตและความยากลำบากกว่าคือบทพิสูจน์ความอดทน บทเรียนยิ่งยากยิ่งมีคุณค่า การได้ลงมือปฏิบัติเองจะทำให้เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหา และเป็นบทเรียนเพื่อให้อำนาจไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ เพราะชีวิตคือการเรียนรู้และต่อสู้ฟันฝ่าอุปสรรค การเป็นผู้นั่งมองคนอื่นเล่นหมากรุกและคิดเอาเองว่าเล่นได้ นั่นคือการอยู่กับความคิด ไม่ใช่ของจริง เมื่อเป็นผู้เล่นเองและเรียนรู้ด้วยตัวเอง ก็จะเห็นว่าแตกต่างจากที่คิด แต่ถึงมาเล่นเองแล้วแพ้ ก็เป็นประโยชน์ เพราะสิ่งสำคัญคือการได้เรียนรู้ เพื่อที่จะเป็นผู้ชนะบ้างสักวันหนึ่ง ผู้ป่วยเข้าใจและสะท้อนว่า *“ผมกะสิสู้แล้วครับ จะไปตั้งใจทำงานช่วยทางบ้าน ด้วยการทำเฟอร์นิเจอร์จากไม้ขายครับ ผมเป็นคนถนัดเรื่องนี้ เคยทำแล้วขายดีครับ หูแว่วก็บ่สน บ่ยากนำมันดอกครับ มันสิเฮาก็เฮา บ่เซาผมกะบ่สนครับ”*

ครั้งที่ 4 การทบทวน สรุปการเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้และนำสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นทบทวนการบำบัดครั้งที่ 1-3 และวางแผนการใช้ชีวิตและจัดการกับอาการหูแว่วซึ่งผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่วอยู่ แม้จะได้รับยารักษาอาการทางจิต

ในการบำบัดครั้งนี้ ผู้ป่วยได้พูดคุยกับพยาบาลถึงสิ่งที่ได้คิดวางแผนเตรียมการเมื่อกลับไปบ้านจะลองทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ขาย โดยลงทุนให้น้อยที่สุด ทำเฟอร์นิเจอร์ที่ขายง่าย เป็นของใช้พื้นฐานในชีวิตประจำวัน และราคาไม่แพงเกินไป แต่คิดไปคิดมาว่าจะเปลี่ยนจากทำเฟอร์นิเจอร์มาทำไม้กวาดขายก่อน เพื่อสะสมทุน เพราะขายง่ายและเคยทำแล้ว

เมื่อผู้ศึกษาได้พูดคุยถึงเรื่องการสังเกตความคิดตนเอง ก็พบว่า ผู้ป่วยมีความเท่าทันความคิดตนเองมากขึ้น ยอมรับความรู้สึกด้านลบของตนเองได้มากขึ้น เมื่อมีอาการหูแว่วจะใช้วิธีไม่สนใจหรือเปลี่ยนไปทำอย่างอื่น และผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตนเองแล้ว ดังคำพูดผู้ป่วยว่า *“ผมก็คิดว่า มันสิเฮ็ดได้บ่ เค้าจะมาซื้อของผมบ่ ถ้าเป็นเมื่อก่อน ผมคงเซา บ่อยากเฮ็ดหยั่ง แต่คุณหมอว่า ให้ผมเป็นศาลาวัดนั่งมองความคิด ผมก็ได้เห็นเต๊าะครับ ว่ามีแต่แนวเฮ็ดให้จั่งของทุกซ่ บางอันมันก็บ่แม่นดอกครับ ถ้าของผมเฮ็ดดี เฮ็ดแน่น อัน ไม้กวาดนี้ เค้าก็สิซื้ออยู่ดี”* *“หูแว่วกะมีอยู่ครับ แต่มันก็น้อยลง ผมก็บ่ไปซำมัน ผมก็หาเฮ็ดแนวอื่น เรื่องฆ่าเจ้าของที่ม ก็บ่เฮ็ดแล้วละครับ มันบาบ มันสิบ่ได้ผิดได้เกิด ก็สู้มันไปแบบคุณหมอว่านะละ”*

ผลคะแนนอาการทางจิต

หลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ค่าคะแนนลักษณะความรุนแรงของอาการหูแว่ว (CSAH) และคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (BAVQ) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด โดยวัดทันทีหลังการบำบัดสี่สัปดาห์สิ้นสุดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนน BPRS CSAH และ BAVQ ก่อนและหลังการบำบัด

| | BPRS | CSAH | BAVQ |
|-----------|------|------|------|
| ก่อนบำบัด | 41 | 43 | 16 |
| หลังบำบัด | 24 | 22 | 7 |

อภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยเนื้อหาหูแว่วมีความรุนแรงเป็นเสียงข่มขู่จะทำร้ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดระแวง รู้สึกกลัว คิดว่าตนเองเป็นเหมือนเสียงที่ไต่ยิบบอก เชื่อว่าความคิดทางลบของตนเองเป็นความจริงมีอารมณ์เศร้า หวาดระแวง และมีอาหารทางจิตค่อนข้างรุนแรงหลังจากได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่นแล้ว พบว่ามีอาการทางจิตลดลง มีความเชื่อคล้อยตามเสียงแว่วลดลงอย่างมาก รวมทั้งลักษณะและความรุนแรงของหูแว่วก็ลดลงด้วย ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีหูแว่วและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจากได้รับการบำบัดด้วย ACT จะมีความทรمانจากหูแว่วลดลง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วย¹³ ซึ่งผลที่ได้นี้ น่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยหยุดการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (experiential avoidance) นั่นคือ สามารถเผชิญกับหูแว่วได้โดยที่ไม่เห็นว่าเป็นปัญหา ความคิด ความรู้สึกและอารมณ์จึงไม่จมดิ่งนำไปสู่การทำร้ายตัวเอง¹⁹

การเปลี่ยนแปลงในค่าคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วย และอาการแสดงของผู้ป่วยที่ดีขึ้น มีความสอดคล้องกับปัจจัยการบำบัดที่ระบุในการบำบัดแบบยอมรับและมุ่งมั่น ทั้ง(1) การแยกความคิดออกจากความเป็นจริง (2) การยอมรับอารมณ์ทางลบของตนเองและเห็นธรรมชาติของอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนไปเรื่อยๆ (3) การเห็นคุณค่าของชีวิตเกิดจากการต่อสู้อุปสรรค และสามารถตั้งเป้าหมายการใช้ชีวิตที่ก่อคุณค่าในตนเองได้อย่างมุ่งมั่นมีกำลังใจ

ปัจจัยการบำบัดดังกล่าวสะท้อนจากคำพูดของผู้ป่วยว่า ตนเองคิดน้อยใจว่าไม่มีอะไรทัดเทียมคนอื่น แล้วยังต้องเป็นภาระให้แม่ ทำให้น้อยใจ อยากตาย แต่นั่นเป็นเพียงความคิด ความจริงแล้ว ยังมีคนอื่นอีกมากที่แม้กระทั่งบ้านยังไม่มี ผู้ป่วยบอกว่า ตอนนี้รู้แล้วว่าความคิดก็คือความคิด ถ้าคิดให้ดี ให้กำลังใจตนเอง ก็ทำให้มีกำลังใจอยากต่อสู้ชีวิต ส่วนอาการหูแว่วนั้นมันน้อยลงและผู้ป่วยก็ไม่สนใจเสียงแว่วจึงไม่ค่อยรบกวนแล้ว

จากผลที่ได้ อาจกล่าวได้ว่า การบำบัดแบบ ACT มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ลดความทรمانจากอาการหูแว่วและลดเสียงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี จึงไม่สามารถขยายผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะอื่นได้ ผลที่ได้จึงควรถูกพิจารณาพร้อมกับปัจจัยต่างๆ ในบริบทของผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่เป็นเพศชาย วัยกลางคน และยังมีจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคจิตเภทจนต้องเข้ารับการรักษาเพียงสองครั้ง ยังคงมีความสามารถทางการรู้คิดและทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมในการบำบัดในรูปแบบการรู้คิดและพฤติกรรมให้ได้ผลดี²⁰ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดในระยะที่อาการทางจิตค่อนข้างสงบแล้ว นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยยาาร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดด้วยยาควบคู่กับจิตบำบัดแบบ ACT ได้รับการสนับสนุนว่าได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภท²¹

สรุป

หลังจากได้รับการบำบัดด้วย ACT ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการมีหูแว่วมีอาการทางจิตลดลง ความรุนแรงของอาการหูแว่วโดยเฉพาะความทุกข์ทรمانจากอาการหูแว่วและความเชื่อในเสียงแว่ว รวมทั้งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัดซึ่งการบำบัดด้วย ACT เป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่ร่วมไปกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญกับอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี จึงไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่วได้
2. กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดในแต่ละครั้งของการบำบัดเน้นที่การ อุปมาอุปมัยอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยากควรมีการปรับกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อนและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดหลังการบำบัดยังไม่จำเพาะเจาะจงในการวัดความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วโดยตรง และควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดการยอมรับเกี่ยวกับเสียงแว่วร่วมด้วย รวมถึงควรมีเครื่องมือในการวัดความสามารถในการรู้คิดก่อนเข้ารับการบำบัดร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบการวิจัยต่อไป
2. ควรปรับกิจกรรมของการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท และง่ายต่อการทำความเข้าใจ
3. พัฒนาเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ที่จำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหูแว่ว
4. ผู้นำบำบัดควรมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ (Mindfulness Practice) และหลักพุทธธรรมที่เป็นรากฐานของแนวความคิดการบำบัดแบบ ACT โดยควรผ่านการฝึกการเจริญสติ การทำสมาธิจนมีความชำนาญ และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ผู้ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการฝึกหลักสูตรครูสมาธิที่สถาบันพลังจิตตานุภาพ และได้ผ่านการฝึกการเจริญสติและการรู้สติตนเองที่วัดเวฬุวันจังหวัดขอนแก่นเป็นเวลา 7 วัน รวมทั้งได้มีการปฏิบัติสมาธิและการเจริญสติอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังฝึกทักษะการรู้สติตนเองและกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความชำนาญด้านการเจริญสติและชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
5. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับรุนแรง อาจไม่สามารถมีสมาธิพอที่จะเฝ้าดูความคิดและอารมณ์ของตน จึงยังไม่เหมาะสมในการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบนี้

กิจกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุนการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง

1. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 1123-31.
2. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Hurtado-Ruiz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. Actas Esp Psiquiatr 2012 Nov-Dec; 40(6): 333-45.
3. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rate and risk factor. J Psychopharmacol 2010 Nov; 24(Suppl 4): 81-90.
4. Madsen T, Nordentoft M. Suicidal changes in patients with first episode psychosis: clinical predictors of increasing suicidal tendency in the early treatment phase. Early Interv Psychiatry 2012; 6: 292-9.
5. Udomrat P, Vasikanonont S, Editors. Textbook of Schizophrenia. Songkhla: Chaanmueng Publication; 2009.
6. Siris SG, Acosta FJ. Qualitative content of auditory hallucinations and suicidal behavior in schizophrenia. Schizophr Res 2012; 134: 298-9.
7. Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. Behav Res Ther 2006; 44: 415-37.
8. Gaudio BA, Herbert JD, Hayes SC. Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. Behav Ther 2010; 41(4): 543-54.
9. Morrison AK. Cognitive Behavioral Therapy for people with schizophrenia. Psychiatry (Edgmont) 2009 Dec; 6(12): 32-9.

10. Harris R. The happiness trap: How to Stop Struggling and Start Living: A Guide to ACT. Translated by Nilubon Hathaiwichitchok. Bangkok: SE-Education Publish; 2009.
11. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther* 2013 Jun; 44(2):180-98.
12. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1129-39.
13. Veiga-Martínez C, Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clin Case Stud* 2008 Apr;7(2):118-35.
14. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
15. Panapa Kittirattanapaiboon. 2003. Clinical practice guideline for the treatment of patients with comorbid mental and substance-use disorders Department of Mental Health. Nonthaburi: Beyond Publishing.
16. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire. *Br. J Psychiatry* 1995 Jun; 166(6): 773-6.
17. Jongrak Panyapoo. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for nursing care of schizophrenic patients with auditory hallucination, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree. Master of Science in Nursing, Graduate School, Chiang Mai University Academic Year 2011.
18. Kanungpairn T, Sitthimongkol Y, Wattanapailin A, Klainin P. Effects of a symptom management program on auditory hallucinations in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia: A pilot study. *Nurs Health Sci* 2007 Mar; 9(1):34-9.
19. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognit Behav Pract* 2012 Jan; 19(2) :265-76.
20. Whitfield G, Williams C. The evidence base for cognitive-behavioural therapy in depression: delivery in busy clinical settings. *Adv Psychiatr Treat* 2003; 9: 21-30.
21. Irismar RO, Thomas S, Stephen MS. 2014. Integrating psychotherapy and psychopharmacology: a handbook for Clinicians. New York: Rutledge: Taylor and Francis.