



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล
ต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการ
หลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท
ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดย

นางสิวลี	เปาโรหิตย์
นางบุปผา	รุ่งเรือง
นายไพรวลัย	ร่มชัย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Cg. 262

Res 069

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เลขทะเบียน 004459

วันที่

เลขเรียกหนังสือ วจ. พม 165

๗ ๗๓๗ ๒๕๕๙

ร.๑

'JVKK Library



004459

นางสาวจิตติมา - - นอ.จิตติมา - - วิจัย

นางสาวจิตติมา - - วิจัย

นางสาวจิตติมา - - นอ.จิตติมา - - วิจัย

นอ.จิตติมา - - นอ.จิตติมา - - วิจัย

นอ.จิตติมา - - นอ.จิตติมา - - วิจัย



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล
ต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการ
หลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท
ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดย

นางสิวลี	เปาโรหิตย์
นางบุปผา	รุ่งเรือง
นายไพรวลัย	ร่มซ้าย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**ผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อความทุกข์ทรมาน และ
พฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู
ในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**

สิวลี เปาโรหิตย์
บุปผา รุ่งเรือง
ไพรวลัย รัมซ่าย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อน หลังทดลองและติดตามผล 1, 3 และ 6 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนทางหู และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) สำหรับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู มีการบำบัด จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที 2) เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ทางการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบบันทึกความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Dysfunctional Thought Record: DTR) แบบประเมินอาการทางจิต (Positive and Negative Syndrome Scale-Thai version : PANSS-T) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I. Suicidality) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสมการประมาณค่าโดยนัยทั่วไป (Generalize Estimating Equation: GEE) การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ต่ออาการทางจิตด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัด CBT และระยะติดตามผล 6 เดือน คะแนน M.I.N.I. Suicidality, PANSS-T, DTR ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการได้รับการบำบัด และกลุ่มเป้าหมายสามารถเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูได้อย่างเหมาะสม ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

Effects of Cognitive Behavior Therapy (CBT) on suffering and coping behavior to delusions and auditory hallucinations in schizophrenic patients with suicidal risk

Sivalee Paorohit

Bupha Rungruang

Praiwan Romsai

Abstracts

This is a quasi-experimental (One-group pre-test, post-test design). The 1, 3 and 6 months follow up were done after experiment. The objective of this study was to evaluate the effect of CBT on suffering and coping behavior to delusions and auditory hallucinations in schizophrenic patients with suicidal risk. Samples were 10 schizophrenias in-patients with suicidal risk who has delusions and hallucinations symptoms by using purposive sampling. Samples were assigned CBT for delusions and hallucinations program for 6 sessions (60–90 minute / session). Measurement were included demographic data, Dysfunctional Thought Record (DTR) Positive and Negative Syndrome Scale –Thai version (PANSS–T) and Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Suicidality) Data was analyzed by Generalize Estimating Equation: GEE and descriptive statistics. Cognitive, feeling and emotion to psychotic symptoms were compared as qualitative data.

The result found that after 6 months follow-up, the score of M.I.N.I. Suicidality, PANSS–T and DTR decreased comparing with pre-test. Patients can appropriately deal with delusions and hallucinations symptoms without suicide.

Keywords Cognitive Behavior Therapy, delusions and auditory hallucinations, suicide risk

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2558 ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านที่ปรึชงานวิจัยหลายท่านดังต่อไปนี้

นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย และเป็นที่ปรึชงานวิจัยอย่างยิ่ง ผศ.อิงศุภา โคตนาราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ดร.แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึชในด้านระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยตลอดมา และนางบุญเรือง ร่วมแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าตึกศรีตรัง ที่ให้คำแนะนำและปรึช งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัยอย่างต่อเนื่อง และผู้เก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช ประจำตึกผู้ป่วยฝ่ายคำ ชงโค เพื่องฟ้า และศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ช่วยเหลือเก็บข้อมูลงานวิจัยประสบผลสำเร็จ

คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

สิวลี เปาโรหิตย์ และคณะ

พฤศจิกายน 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์	5
3. สมมติฐานการวิจัย	5
4. ขอบเขตการวิจัย	5
5. นิยามศัพท์เฉพาะ	5
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
1. แนวคิดเกี่ยวกับอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน	8
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	19
3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)	27
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภท	42
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
2. สถานที่ศึกษา	48
3. ระเบียบวิธีวิจัย	48
4. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (Study intervention)	49
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (Research measurement)	50
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	53
8. ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา	54
9. การพิจารณาด้านจริยธรรม	54
10. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข	54
11. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	55
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	55
ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิต	57
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	59
ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่ออาการหลงผิด และประสาทหลอนทางหู	61
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
1. สรุปผลการศึกษา	70
2. อภิปรายผล	73
3. ข้อเสนอแนะ	75
บรรณานุกรม	77
ภาคผนวก	85

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	55
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ PANSS-T ก่อนการบำบัด หลังบำบัดทันที ระยะเวลาติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง	57
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) ของคะแนน PANSS-T ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ GEE test	59
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการบำบัด หลังบำบัดทันที ระยะ ติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง	60
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) ของคะแนน MINI Suicide ก่อนบำบัด หลังได้รับการบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ GEE test	60
ตารางที่ 6 ค่าคะแนนความคิด / ความเชื่อที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู จำแนกตามรายบุคคล	61
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่อความคิดความเชื่อ จำแนกตามรายบุคคล	64
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความคิดความเชื่อต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับการบำบัด	66
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความรู้สึกและอารมณ์ต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่ม ตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนสิ้นสุดทันทีหลัง ได้รับการบำบัดทันที	68

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาการตอบสนอง	32
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	46

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขและสังคมที่สำคัญ มีผลกระทบอย่างสูงต่อผู้กระทำ ผู้ใกล้ชิด และสังคม พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ในปัจจุบันว่าแนวโน้มในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1.53 ล้านคน มีผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 10-20 เท่า ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย (มานิช หล่อตระกูล, 2553) สำหรับประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ย 6.08 ต่อประชากร 100,000 คน สาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายเกิดจากความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 61 รองลงมาคือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น) ร้อยละ 40 โดยใช้วิธีการฆ่าตัวตายด้วยการผูกคอตายมากที่สุด ร้อยละ 36.2 (กรมสุขภาพจิต, 2554) และพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชมีความสัมพันธ์สูงกับการฆ่าตัวตายและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (มานิช หล่อตระกูล, 2553) โดยความผิดปกติทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงได้แก่ ความผิดปกติด้านอารมณ์ (Mood disorder) ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (Substance abuse) โรคจิตเภท (Schizophrenia) และบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) (American Psychiatric Association, 2005; Stuart, 2005) สาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เกิดจากความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องการหนีจากภาวะทางจิตที่เป็นอยู่ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน (National Center for Injury Prevention and Control, 2004) ผู้ป่วยที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายภายในระยะเวลา 2 ปี หรือระยะแรกของการป่วย เป็นสัญญาณเตือนของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำถึงร้อยละ 40 และการพยายามฆ่าตัวตายครั้งที่สองจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน นับจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ร้อยละ 50-60 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ (พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์, 2545: จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคณะ, 2547)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง มีภารกิจหลักในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน และมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเกินกว่าที่จะรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่ากลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภทมีจำนวน 1,150 ราย, 1,204 ราย และ 1,389 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.40, 44.30 และ 46.90 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทั้งหมดตามลำดับ และปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนใหญ่คือมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และต่อตนเอง หรือมีความ

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง และประสาทหลอนทางหู (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนรินทร์, 2553-2555)

จากสถิติความเสี่ยงและการเกิดอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนรินทร์ของผู้ป่วยจิตเวชขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2555 พบว่าผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ที่ต้องเฝ้าระวังตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline: CPG Suicide) ของโรงพยาบาลมีจำนวน 712 ราย และเกิดอุบัติเหตุพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล 10 ราย ปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555-กันยายน 2556) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย มีจำนวน 754 ราย และเกิดอุบัติเหตุพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลครั้งแรก 6 ราย และพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 1 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และเกิดจากอาการทางจิตเวช คืออาการหลงผิด หวาดระแวง และหูแว่ว (รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2555-2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม แนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG suicide) ในเดือนพฤศจิกายน 2554 จำนวน 28 คนโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยหลังจำหน่าย พบว่าอาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ด้วยอาการหูแว่วประสาทหลอน ร้อยละ 34.7 รองลงมา คือ ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 30.6 และมีสาเหตุของการฆ่าตัวตาย คือ มีหูแว่ว หลงผิด ร้อยละ 33.3 รองลงมาน้อยใจ เสียใจ ร้อยละ 24.2

อาการหลงผิดและประสาทหลอนเป็นกลุ่มอาการด้านบวกที่พบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยอาการประสาทหลอนทางหูสามารถพบได้ ร้อยละ 50-70 ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการหลงผิดร่วมด้วยเสมอ โดยอาการทั้งสองอย่างมักจะเกิดแบบมีความสัมพันธ์และเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2546; ยุธิชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552; Wright et al, 2009) และถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีอาการด้านบวก คืออาการหลงผิดและประสาทหลอนที่คงอยู่ ซึ่งทำให้มีความทุกข์ทรมานและขาดความสามารถ (Tarrier et al, 1998 cited in Buccheri, 2004) พบว่าร้อยละ 20-25 ของอาการประสาทหลอนทางหูไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีอาการคงอยู่นาน (Shergill et al, 1998 cited in Buccheri et al, 2004) อาการประสาทหลอนทางหูที่คงอยู่นานมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง (American Psychiatric Association, 1997; cited in Buccheri et al, 2004)

การบำบัดรักษาอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งการรักษาตามระยะของโรคเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 acute phase เป้าหมายการบำบัดคือความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งแวดล้อม และการควบคุมอาการโดยการรักษาด้วยยา หรือรักษาด้วยไฟฟ้า ที่ผ่านมามีงานวิจัยส่วนใหญ่จะพยายามทำความเข้าใจในเรื่องพันธุกรรมหรือยีนส์ และชีววิทยาของโรคจิตเภทมากกว่า 5

ทศวรรษ และมีการพัฒนาตัวยาใหม่ๆเพื่อรักษาอาการทางจิตเวช แต่ก็ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างเต็มที่สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติรุนแรงทางจิต การรักษา มักล้มเหลว ผู้ป่วยบางส่วนยังอาการหลงเหลือ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ๆ พบว่าระดับการดีขึ้นของอาการด้านบวกในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตโดยเฉลี่ยน้อยกว่า ร้อยละ 20 (Khan et al, 2001; cited in Wright et al, 2009) ทำให้การรักษาในระยะที่ 2 และ 3 คือระยะ stabilization and maintenance phase มีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรักษาในระยะนี้ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถจัดการกับอาการทางจิตของตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจรวมถึงการบำบัดเพื่อลดความทุกข์ทรมานต่าง ๆ อาการวิตกกังวล และการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด นิเวศน์บำบัด จิตบำบัด แบบต่าง ๆ จากการทบทวนพบว่า การรักษาในระยะที่ 3 ของการบำบัด พบว่าการรักษาด้วยยาทางจิตเพียงอย่างเดียว ยังไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตดีขึ้นทั้งหมด แต่ทั้งนี้ยังต้องอาศัยการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีวิสัยทัศน์การดำเนินงาน คือ การเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอาเซียน รวมถึงการเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้โดยการสร้างองค์ความรู้เทคโนโลยีเพื่อขยายผลการดำเนินงานทั่วประเทศ การดำเนินงานด้านการรักษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า นิเวศน์บำบัด และการบำบัดทางจิตสังคมหรือกลุ่มกิจกรรมบำบัด ตามแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide: CPG suicide) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการคัดกรองเพื่อให้การดูแลและเฝ้าระวังความเสี่ยงตาม CPG Suicide ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ฉบับปี พ.ศ. 2546 และเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อยลงไป ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกคนจะได้รับการประเมินเพื่อเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามปัญหาที่พบ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจะถูกประเมินและเข้ารับการบำบัดด้วยจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุราหรือสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้า จะได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนจะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมกลุ่มการจัดการกับอาการหูแว่ว ผลการดำเนินงานพบว่ายังมีช่องว่างการบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายที่สำคัญที่พบในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดังกล่าวนมาแล้วข้างต้น กลุ่มกิจกรรมบำบัดเรื่องการจัดการหูแว่ว เน้นให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และสามารถจัดการกับอาการหูแว่ว

ได้ แต่เมื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหาการบำบัดพบว่าไม่มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช และเพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากอาการหลงผิด และประสาทหลอน

จากการทบทวนพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือ CBT เป็นจิตบำบัดแบบหนึ่งที่น่ามาใช้ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง เช่น โรคจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์การบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และจัดการการเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งรวมหมายถึงการลดอาการของโรคจิตและการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เมื่อพิจารณาถึงหลักการบำบัดด้วย CBT พบว่ามีการพัฒนาไปเป็นอย่างดีสำหรับผู้ป่วยที่ความคิดฆ่าตัวตายและมีความสิ้นหวัง และพบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการบำบัดด้วยวิธีนี้เป็นอย่างดี (Brown et al, 2005; Rush et al, 1982 cited in Wright et al, 2009) ในเวลาต่อมาได้มีการพัฒนาการบำบัดด้วย CBT เพื่อนำมาใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีหลักฐานมากมายเพื่อยืนยันว่าการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาช่วยในการลดลงของอาการประสาทหลอน หลงผิด และอาการด้านลบของผู้ป่วยได้ (Tarrier et al, 1993; Sensky et al, 2000; Rector & Beck, 2001 cited in Wright et al, 2009) และสถาบันนานาชาติสำหรับความเป็นเลิศทางคลินิกในประเทศอังกฤษ (National Institute for Clinical Excellence Center, 2002 cited in Wright et al, 2009) จึงได้เสนอกลุ่มเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการบำบัดด้วย CBT สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน วิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย อาการด้านลบ และอื่น ๆ ยกตัวอย่างการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Turkington et al. (2002) ได้ศึกษาการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีการหยั่งรู้ดีขึ้น มีอาการวิตกกังวลที่ลดลง ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง ภาวะซึมเศร้าลดลง ในเวลาต่อมา Valmaggia et al. (2005) ได้ศึกษาการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดต่อการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่ พบว่า CBT มีประสิทธิภาพกว่าการให้การปรึกษาแบบประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของหูแว่ว การเข้าใจและตีความหมายเกี่ยวกับหูแว่ว และทำให้มีอาการดีขึ้นของกลุ่มอาการด้านลบ หลงผิดหวาดระแวง และ/หรืออาการประสาทหลอน สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาผลการทำจิตบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยโรค จิตเภท จำนวน 4 คน ของยุทธนา อดอาจสกุลมัน (2548) พบว่าการบำบัดได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งหมดมีอาการดีขึ้น ยอมรับตนเองว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความร่วมมือในการรับประทานยาและการติดตามผลการรักษา

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูที่ขั้นระยะ Acute ไปแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ อาการวิตกกังวล การเข้าใจ ตีความหมายเกี่ยวกับหูแว่วดีขึ้น และทำให้มีอาการจากกลุ่มอาการด้านลบดีขึ้น ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดหรือหูแว่วลดลง จึงควรมีการบำบัดด้วย CBT ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหานั้นที่แสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองและผู้อื่น อันเนื่องมาจากอาการทางจิตหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ที่ทำ

ให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการทางจิตอย่างเหมาะสมดังกล่าว และช่วยให้อาการทางจิตทุเลาเพิ่มขึ้นจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว จนสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนได้ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูลดลง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 เพื่อศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ที่มีต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยจิตเภท

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการบำบัดทันที และติดตามผล 1, 3, 6 เดือน

3.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการบำบัดทันที และติดตามผล 1, 3, 6 เดือน

4. ขอบเขตการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงกันยายน 2558

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่รับเข้าไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท

5.2 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึงความคิด พฤติกรรม หรือการกระทำซึ่งส่งผลให้ถึงแก่ชีวิตของตนเองได้ โดยที่ผู้กระทำทราบหรือคาดหวังให้เกิดผลถึงแก่ความตาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน M.I.N.I. Suicide แล้วพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (มีความเสี่ยงระดับน้อย-มาก)

5.3 อาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู หมายถึงความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาการหลงผิดเป็นความคิดความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed false believe) และอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) เป็นการรับรู้ทางหูหรือการได้ยินเสียงโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือไม่มีต้นกำเนิดของเสียง ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ในหัวข้อรายการประเมินเกี่ยวกับกลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale: P) หัวข้อเกี่ยวกับอาการหลงผิด (P1) และหัวข้อเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางหู (P3) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยผู้ป่วยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนน หมายถึงมีอาการระดับเล็กน้อยขึ้นไป

5.4 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การให้การบำบัด CBT รายบุคคลในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดหลงผิดและอาการประสาทหลอนทางหูที่พ้นระยะอาการกำเริบรุนแรงหรือมีอาการสงบโดยให้การบำบัดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน (วันเว้นวัน)จนครบกระบวนการบำบัดตามโปรแกรมแบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้ง ระยะที่ 1 การสร้างความผูกพัน ไว้วางใจและการประเมิน (Engagement and Assessment Phase) มีการบำบัด 1 ครั้ง คือ การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน ระยะที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Intervention Phase) มีการบำบัด 4 ครั้ง สำหรับปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และระยะที่ 3 การป้องกันอาการกำเริบและสิ้นสุดบริการ (Maintenance and Terminal Phase) มีการบำบัด 1 ครั้ง คือกลยุทธ์ป้องกันอาการกำเริบ

5.5 ความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง คำนำน้าหนักคะแนนความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิด ประสาทหลอนทางหู ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินให้น้ำหนักคะแนน จาก 0-100 คะแนน ด้วยตนเอง (0 คะแนน หมายถึง ไม่คิด ไม่เชื่อ หรือไม่มีอารมณ์ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ และ 100 คะแนนคือ มีความคิด ความเชื่อ หรือมีอารมณ์ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เต็ม 100 คะแนน) โดยได้จากแบบบันทึกความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Dysfunctional Thought Record: DTR)

5.6 พฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู หมายถึงพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความคิดความเชื่อที่มีต่ออาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนทางหู ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งด้านลบและด้านบวก เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วและระแวงว่ามีคนจะมาฆ่าตนเอง และมีความเชื่อว่าเป็นจริงตามนั้น ในด้านลบผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมหลบหนี หลบซ่อนตัว หรือสะสมอาวุธสำหรับป้องกันตนเอง เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามถ้าหากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่เกี่ยวกับอาการ

หลงผิดและประสาทหลอนทางหูนั้น เช่น คิดว่าเป็นอาการของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง สามารถพิสูจน์ได้โดยการสำรวจหาแหล่งเสียงแล้วพบว่าไม่มีใคร เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์หรือด้านบวก เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดความคิดหมกมุ่นกับอาการหูแว่วหลงผิด โดยใช้การออกกำลังกาย หรือเข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น

5.7 ผลของการบำบัด หมายถึง ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู และพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยภายหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผลหลังการบำบัดอีก 1, 3 และ 6 เดือน

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงความคิดพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการหลงผิดและ/หรืออาการประสาทหลอนทางหูได้อย่างเหมาะสมสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้

6.2 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีแนวทางการบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีสาเหตุจากอาการทางจิตหลงผิดและ/หรืออาการประสาทหลอนทางหู และสามารถขยายผลนำไปใช้ได้ทั่วทั้งโรงพยาบาล

6.3 สามารถนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย สำหรับการศึกษาแบบกลุ่ม หรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ 5 ประเด็น คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภท
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการหลงผิด

1.1.1 ความหมาย

อาการหลงผิด เป็นความเชื่อที่ ผิดไปจากความจริง (out of reality) ของวัฒนธรรม ซึ่งผู้อื่นมิได้มีความเชื่อเช่นนั้นด้วย และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ไม่ว่าจะใช้เหตุผลหวานล่อชักจูงหรือใช้หลักฐานอ้างอิงใด ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2550)

อาการหลงผิด คือความเชื่อที่ไม่เป็นความจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเหมือนความคิดหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วยจิตเภท (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552)

อาการหลงผิด หมายถึง ความคิดที่ไม่สมเหตุผล (irrational beliefs) ซึ่งไม่ยอมรับฟังหรือไม่ให้วิพากษ์วิจารณ์ตามเหตุผลที่แท้จริง โดยให้แยกจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมหรือสังคมเศรษฐกิจของบุคคลที่มีอยู่เดิม Rudden, et al. (1982)

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกันได้ให้ความหมายความคิดหลงผิดตามเกณฑ์การวินิจฉัย ฉบับที่ 5 (DSM-V) ว่าเป็นความเชื่อผิด ๆ (erroneous beliefs) โดยรวมถึงการตีความของการรับรู้และประสบการณ์ที่ผิดพลาด (American Psychiatric Association, 2013)

สรุป อาการหลงผิดหรือความคิดหลงผิด เป็นความเชื่อที่ผิดไปจากความจริงรวมทั้งการตีความของการรับรู้และประสบการณ์ที่ผิดพลาดไปจากความจริง ไม่มีเหตุผล ไม่มีหลักฐานยืนยันเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งต้องแยกออกจากความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือสังคม เศรษฐกิจของบุคคลนั้น

1.1.2 กระบวนการคิดปกติและการเกิดอาการหลงผิดในผู้ป่วยจิตเภท

มีผู้กล่าวถึงกระบวนการคิดปกติและการเกิดของอาการหลงผิดในผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้ (Kingdon et al,1994)

1.1.2.1 การเกิดความเชื่อ (Formation of belief)

Hemley & Garety (1986) ได้ทบทวนเกี่ยวกับพัฒนาการและการคงอยู่ของความเชื่อที่ผิดปกติ พบว่าความเชื่อที่ผิดปกติเป็นผลจากความคาดหวังที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยผิดปกติไป และด้วยความเชื่อที่หนักแน่นคงอยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการแปลประสบการณ์ตรงที่ผิดปกติได้ ซึ่งความเชื่อนั้นมักเป็นความเชื่อที่ปราศจากการไตร่ตรองหรือการพิจารณาหลักฐานในอีกทางหนึ่ง (alternatively) ความเชื่อนั้นอาจไม่สามารถทดสอบได้ (untestable) อย่างเช่น “โลกจะจบลงปี 2093” ความคลาดเคลื่อนทางความคิดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินสภาพความเป็นจริงบิดเบือนไป และมีการสรุปเกินความเป็นจริง และเนื่องด้วยความเชื่อถือเป็นอย่างมากเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ และข้อมูลนั้นได้ถูกนำมาใช้เป็นประจำโดยไม่ผ่านการพิจารณาอย่างจริงจังในความเป็นไปได้ว่าอาจไม่เป็นเช่นนั้น ไม่มีการสืบค้นหรือหาหลักฐานมายืนยันความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลและความคิดความเชื่อนั้น สุดท้ายทำให้ผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อตามสมมติฐานที่ตนเองตั้งเอาไว้

1.1.2.2 กระบวนการคิดคนปกติ กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท

Dulit (1992) ได้พบว่ามีเพียง 1 ใน 3 ของวัยเด็กตอนต้น(2-7 ปี) และวัยเด็กตอนปลาย (อายุ 7-11 ปี) เท่านั้น ที่พัฒนาไปถึงขั้นใช้ความคิดดำเนินการอย่างเป็นระบบ (Formal operation stage) ด้วยเหตุนี้การทำหน้าที่ (task) อันประกอบด้วยกระบวนการนำเข้าหรือรับรู้ข้อมูลใหม่ (assimilation) และการให้เหตุผลเชิงนามธรรม ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ในคนส่วนใหญ่ ผู้ที่มีการดำเนินต่อไปถึงขั้นคิดดำเนินการเชิงรูปธรรม (Concrete operational level) ค่อนข้างใช้การคิดอย่างใช้เหตุผลเชิงตรรกะ และสามารถคิดย้อนกลับได้ในเชิงเหตุผลจากการทดลองจริง (Logico-experimental reasoning) มากกว่ากระบวนการคิดในคนปกติไม่ได้ทำตามกฎของเหตุและผลเพียงอย่างเดียว แต่จะมีการเรียนรู้เพื่อการแก้ไขปัญหาหรือการคิดอยู่บนหลักการของความน่าจะเป็น (make use of heuristics หรือ Model of probability) รวมไปด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการชดเชยข้อจำกัดของความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ของสมองสำหรับการตัดสินใจ ซึ่ง Tissot&Bermand (1980) ได้อธิบายการให้เหตุผลของผู้ป่วยจิตเภท และการบูรณาการกับความเป็นจริงของผู้ป่วยจิตเภท ว่ามีความยุ่งยากหรือมีความพร่องในกระบวนการคิดและตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) มีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัยเด็กมักมีการเรียนรู้หรือมีวิธีการคิดที่ไม่มี

เหตุผล โดยอาจเลียนแบบมาจากบิดามารดาซึ่งมีปัญหาทางจิตอยู่ด้วย ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมไม่ดี จนเกิดความบกพร่องและเป็นสาเหตุของความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคลตามมา

1.1.3 ชนิดของอาการหลงผิด (ยรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552)

1.1.3.1 หลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (persecutory delusions) ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้ง ปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยผู้ที่ปองร้ายอาจจะเป็นผู้ใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเป็นผู้รักษา เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเป็นองค์กรต่าง ๆ เช่น FBI หรือเป็นปิศาจ สัตว์ประหลาดจากนอกโลก เป็นต้น

อาการนี้เป็นอาการที่พบบ่อยอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท แต่อาจจะพบอาการนี้ในผู้ป่วยโรคจิตหลงผิด (Delusional disorder) โรคซึมเศร้าที่มีทางจิตร่วมด้วย (Psychotic depression) หรือโรคหลงผิดที่เกิดจากอาการทางกาย (Organic delusional syndrome) ในโรคจิตเภทมักพบความหลงผิดชนิดไม่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood incongruent) หรือเป็นความหลงผิดที่มีลักษณะเฉพาะผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าคุณเองโดนบังคับด้วยอำนาจสองอย่างที่ขัดแย้งกัน เช่น พระเจ้ากับปิศาจ ความมีเหตุผลกับความไม่มีเหตุผล ดวงอาทิตย์กับดวงจันทร์ประจุไฟบวกกับประจุไฟลบ เป็นต้น นอกจากนี้บางครั้งรายละเอียดของความหลงผิดจะสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยี เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าตัวเองได้รับการติดตามด้วยเครื่องมือพิเศษ ติดตามตัว ซึ่งเป็นกล้องคอยจับตามองผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นต้น อาการหลงผิดว่ามีคนปองร้ายนี้อาจจะเป็นไปได้ทั้งคลุมเครือไม่คงที่ และมีจำนวนน้อยหรืออาจเป็นความหลงผิดหลาย ๆ เรื่องพัวพันกันเป็นระบบก็ได้ ข้อควรระวังคือผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอาจจะทำบางอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีเหตุผล ทำให้เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่น ๆ ได้

1.1.3.2 หลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (delusions of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งที่ความจริงไม่เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยคิดว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องหาหลักฐานมายืนยัน ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากคนธรรมดาทั่ว ๆ ไป เพราะเมื่อสงสัยว่าตัวเองได้รับการพาดพิงถึง คนทั่ว ๆ ไปจะพยายามหาพยานมายืนยันว่าไม่ใช่อย่างที่ตนเองคิด ตัวอย่างที่พบบ่อยของ delusion of reference คือ ผู้ป่วยคิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงผู้ป่วยโดยเฉพาะ โดยเนื้อหาของอาการหลงผิดส่วนใหญ่จะมีลักษณะเฉพาะของโรคจิตเภทที่พบบ่อยคือผู้ป่วยคิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในเรื่องเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าผู้ป่วยเป็นคนสำคัญ เป็นต้น

1.1.3.3 หลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (delusions of being controlled) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่าง ๆ พยายามควบคุมชักจูงความคิด ความรู้สึก หรือร่างกายของตนเองอยู่ ความหลงผิดชนิดนี้ส่งผลให้เกิด delusion of Influence or passivity ตามมาโดยอาจแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหว แขน ขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (sensation) และมักเกี่ยวข้องกับ

อาการประสาทหลอนทางกาย (somatic hallucination) โดยผู้ป่วยมักใช้ความหลงผิดว่าถูกควบคุมของตนเองมาใช้อธิบายความรู้สึกผิดปกติทางร่างกายที่เกิดขึ้นอาการหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับเช่นในเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการกดดันจากกลุ่มเพื่อนให้คิดหรือแต่งตัวไปในทางเดียวกัน

1.1.3.4 หลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนของตนเองไม่ได้เป็นของตนเองโดยแท้จริง แต่ได้รับการสอดแทรกความคิดมาจากภายนอก ความคิดเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนหรือควบคุม จนอาจนำไปสู่การทำพฤติกรรมแปลกประหลาด หรือก้าวร้าวรุนแรงได้ อาการนี้จะแตกต่างจากความคิดซ้ำ ๆ ที่พบในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งความคิดมาจากตัวผู้ป่วยเอง โดยไม่มีแรงภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ป่วยจะอ้างว่าความคิดหรือการกระทำของตนนั้นเกิดจากคนอื่นแล้วสอดใส่มาให้ผู้ป่วย

1.1.3.5 หลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือกระจายออกนอกตัว (thought withdrawal and thought broadcasting) Thought withdrawal เป็นอาการที่ตรงกันข้ามกับ thought insertion โดยผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเชื่อว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไปผู้ป่วยอาจเล่าประสบการณ์ว่าตนเองกำลังคิดถึงเรื่องหนึ่งอยู่แล้วความคิดนั้นก็หายไปทันทีทันใด ส่วนอาการ thought broadcasting นั้น ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนเองสามารถถ่ายทอดไปให้คนอื่นได้ หรือความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยินและรู้หมดว่าคิดอะไรอยู่ ส่วนใหญ่จะมีความหมายในทางส่งเสริมความคิดหรือพลังจิต เช่น ผู้ป่วยคิดว่ามีคนฝังเครื่องรับส่งวิทยุไว้ในสมองของตนเอง เป็นต้น

1.1.3.6 หลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (delusions of sin or guilt) ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองทำความผิดที่ใหญ่หลวงสมควรได้รับการลงโทษ โดยในอดีตผู้ป่วยมักจะมีประวัติกระทำผิดในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ มาก่อนแต่ในความรู้สึกผู้ป่วยแล้วมันเป็นเรื่องที่จะทำให้เกิดความหายนะต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว นอกจากนี้ยังอาจพบร่วมกับ grandiose idea ได้โดยผู้ป่วยเชื่อว่าความผิดที่ตนเองทำจะเป็นการทำลายล้างโลกและสมควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง อาจพบร่วมกับ delusion of nihilism ได้ด้วย

เมื่อมีความเชื่อข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยเชื่อต่อไปว่าตัวเองสมควรได้รับการลงโทษจากอำนาจพิเศษต่าง ๆ โดยเนื้อหาส่วนใหญ่ของความหลงผิดนี้จะแปลกประหลาดและไม่ไปด้วยกันกับอารมณ์ ในทางตรงกันข้ามบางครั้ง delusion of sin and guilt นี้ก็สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรงร่วมกับมีอาการโรคจิต ซึ่งความหลงผิดที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถเข้าใจได้ดีว่าเป็น ego-syntonic อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบ vegetative symptoms มีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย

1.1.3.7 หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ ความสามารถ หรือมีความสำคัญ (grandiose delusions) ผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเชื่อว่าตัวเองมีพลังพิเศษ ร่ำรวยมาก มีชื่อเสียง หรือมีพรสวรรค์นอกจากนี้ยังอาจคิดว่าตนเองเป็นผู้ช่วยกอบกู้ศาสนา เป็นผู้นำโลก หรือเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง อาการหลงผิดชนิดนี้จะส่งผลต่อ

พฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก บางรายอาจมีการกระทำที่รุนแรงจนนำไปสู่อันตรายต่อชีวิตได้ เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษสามารถบินได้แล้วกระโดดออกไปนอกหน้าต่าง เป็นต้น นอกจากนี้ที่พบในโรคจิตเภทแล้วอาการหลงผิดชนิดนี้ยังสามารถพบได้ในภาวะเมเนียที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย โดยการวินิจฉัยโรคจะต้องดูว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างอื่นของภาวะเมเนียหรือไม่ เช่น อารมณ์ดีกว่าปกติ พุดมากกว่าปกติ มีอาการ hyperactivity หรือ flight of idea เป็นต้น

1.1.3.8 อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (religious delusion) ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมหรือธรรมเนียมในสังคม ส่วนใหญ่ความหมกมุ่นนี้จะไม่สอดคล้องกับอารมณ์ความหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนายังอาจพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังกล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับอาการหลงผิดที่มักจะสอดคล้องกับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วย (mood congruent) ตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีความหลงผิดชนิดนี้ เช่น ผู้ป่วยหญิงที่มีความเชื่อว่าตัวเองเกิดมาเพื่อชดใช้กรรมด้วยการถูกทรมานทางเพศ เพราะเป็นทางเดียวที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับพระเจ้ามากขึ้น

1.1.3.9 หลงผิดทางกาย (somatic delusion) คือ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำงานผิดปกติไป หรือหมกมุ่นอยู่กับการป่วยตนเองโดยที่รับการตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ มาหมดแล้วแพทย์ก็ไม่พบความผิดปกติใด ๆ โดยอาการหลงผิดชนิดนี้อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับ kinesthetic hallucination ซึ่งผู้ป่วยจะมีความรู้สึกผิดปกติในการรับรู้ภายในร่างกายตัวเอง ทำให้เพิ่มความหลงผิดทางกายมากยิ่งขึ้นผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดชนิดนี้จำเป็นต้องแยกออกจากโรค hypochondriasis ด้วยเสมอโดยผู้ป่วยโรค hypochondriasis มักมีอาการหมกมุ่นว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรงแต่ลักษณะของอาการกลัวจะไม่มีเนื้อหาแปลกประหลาดเหมือนในผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1.3.10 หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (delusional perception) คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะนั้นทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น เห็นจราจรโบกมือให้สัญญาณ เกิดความหลงผิดคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

1.1.4 การวินิจฉัยแยกโรคของอาการหลงผิด (ยูริซาปรีชาและพิเชษฐอุดมรัตน์, 2552)

1.1.4.1 Paranoid disorders อาการหลงผิดที่พบในโรคนี้มักจะแยกยากจากอาการหลงผิดที่พบในโรคจิตเภท โรคที่พบได้ในกลุ่มนี้เช่น paranoia, shared paranoid disorder (folie a deux) และ acute paranoid disorder แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าอาการหลงผิดในโรคเหล่านี้มักจะไม่ค่อยแปลกประหลาด และอาการหลงผิดจะเป็นอยู่แค่ 1-2 เรื่องเท่านั้น ผู้ป่วยจะเริ่มต้นด้วยการระแวงหรือสงสัยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยผู้ป่วยอาจทำหลายอย่างเพื่อตอบสนองต่ออาการหลงผิดของตนเองเช่นเขียนจดหมายร้องเรียน ฟ้องร้อง เป็นต้น

ความผิดปกติในกลุ่มโรค Paranoid disorders นี้ส่วนใหญ่จะเรื้อรัง ยกเว้นกรณีที่เป็น acute paranoid disorder ซึ่งจะมีอาการน้อยกว่า 6 เดือน นอกจากนี้ในเรื่องของการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยจะไม่เสื่อมลงจากเดิมมากนัก แต่ขณะมีอาการจะมีอาการก้าวร้าวได้ ผู้ป่วยโรคนี้ไม่พบว่ามีประสาทหลอน หรือ ระบบความคิดที่ผิดปกติชัดเจน และการแสดงออกทางอารมณ์มักจะปกติ ผู้ป่วยมักจะพยายามหาหลักฐานมาพิสูจน์ว่าสิ่งที่ตัวเองสงสัยนั้นเป็นความจริง จนบางครั้งนำไปสู่การทำอันตรายต่อบุคคลที่ผู้ป่วยสงสัยได้ นอกจากนี้การหวาดระแวงชนิดหึงหวง (delusion of jealousy) สามารถพบในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์มาเป็นเวลานานได้ด้วย

1.1.4.2 Capgras syndrome กลุ่มอาการนี้ถูกตั้งชื่อตามจิตแพทย์ชาวเยอรมันผู้ค้นพบคือ JeanMarie Joseph Capgras (1873–1950) ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะเชื่อว่าคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเป็นตัวปลอมที่ถูกแทนที่ด้วยคนอื่นที่ตัวผู้ป่วยเองไม่รู้จักบางคนอาจเชื่อว่ามีตัวเองอยู่อีกคนหนึ่งซึ่งเป็นคนที่ไม่รู้จัก ยังมีชื่ออื่น ๆ ที่เรียกกกลุ่มอาการนี้ เช่น delusional misidentification, illusion of double, illusion of negative doubles, misidentification syndrome, nonrecognition syndrome, phantom double syndrome และ subjective double syndrome เป็นต้น มีรายงานว่าร้อยละ 35 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีพยาธิสภาพทางกายภาพที่เป็นสาเหตุไปขัดขวางการทำงานของสมองในการระลึกภาพ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากโรคสมองโดยตรง เช่น เส้นเลือดสมองตีบ การกินยาเกินขนาด หรือพยาธิสภาพอื่น ๆ ที่รบกวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยยุคก่อนตั้งสมมุติฐานว่ากลุ่มอาการนี้มีสาเหตุจากทางจิตใจ

1.1.4.3 Organic delusional syndrome ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR จัดโรคนี้อยู่ในหมวดของ psychotic disorder due to general medical condition with delusion การวินิจฉัยโรคนี้ได้จากประวัติ การตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ต้องมีสาเหตุยืนยันว่าเกิดจากโรคทางกาย และถึงแม้ว่าโรคนี้จะมีอาการหลงผิดได้หลายอย่าง แต่ก็มักพบร่วมกับความผิดปกติในเรื่องของกระบวนการรับรู้หรือความรู้ความเข้าใจ (cognition) ด้วยเสมอ เช่น สับสนในเรื่องของ วัน เวลา สถานที่ สับสนและมีปัญหาในเรื่องของความจำ สิ่งเหล่านี้จะเป็นหลักฐานที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วยได้บ่อย ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคนี้ต้องส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของโรคด้วยเสมอ

1.1.4.4 Affective delusional syndrome อาการหลงผิดในช่วงภาวะเมเนีย หรือ ซึมเศร้ามักจะเป็นอาการหลงผิดสอดคล้องกับอารมณ์เสมอ (mood congruent) เช่น ในช่วงภาวะเมเนีย ผู้ป่วยจะคิดว่าตัวเองมีค่ามีพลังหรือร้ายผิดปกติส่วนในช่วงภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกผิดมากกว่าปกติ ความคิดเกี่ยวกับความตายหรือคิดว่าตัวเองสมควรได้รับการลงโทษ เป็นต้น

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการประสาทหลอน (Hallucination)

1.2.1 ความหมาย

อาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอกเป็นปรากฏการณ์การรับรู้ (Perception) ซึ่งเกิดขณะที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม แต่มีลักษณะของการรับรู้ที่จริงจัง ซึ่งต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติ (abnormal sensory perception) ที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าที่เข้ามาผิดหรือที่เรียกว่า illusion ซึ่งรวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีความไวอย่างผิดปกติต่อเสียง แสงกลิ่น การเคลื่อนไหว และรวมถึงความผิดปกติในการรับรู้หน้าตา หรือร่างกายของคนอื่น อาการรับรู้ที่ผิดปกติชนิด illusion นี้สามารถพบได้ในช่วงระยะอาการนำ และระยะหลงเหลืออาการของโรคจิตเภท (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552; Sims, 2003 cited in Wright, 2009)

1.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท

Kingdon et al. (1994) และ England (2006) ได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับประสาทหลอนไว้ว่าประสาทหลอนเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป Epidemiological Catchment's Survey in the USA ได้ทำการสำรวจค้นหาเรื่องนี้ในจำนวนประชากรร้อยละ 10-15 พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของอาการประสาทหลอนในประชาชนที่เกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 4-5 (Tien, 1992) การค้นพบนี้ได้รับการสนับสนุนโดย Romme et al (1992) ที่ได้ศึกษาแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากของประชาชนมีการได้ยินเสียงแต่ไม่เป็นปัญหาสำหรับพวกเขา

Bentall & Slade (1985) ได้ทดสอบในนักศึกษาจำนวน 136 คน พบว่าร้อยละ 18 ได้รับการยืนยันว่าบ่อยครั้งได้ยินเสียงการพูดของความคิดพวกเขาเอง สอดคล้องกับ First-rank symptom of schizophrenia ได้อธิบายถึงภาวะการสูญเสียหรือปรากฏการณ์อื่น ๆ ที่คล้ายกัน สามารถเกิดขึ้นได้ในประชาชนทั่วไป แตกต่างกันคือไม่มีการดำเนินโรคเป็นจิตเภท กล่าวโดยสรุป คือ ประชาชนมีแนวโน้มเกิดอาการประสาทหลอนแบบจิตเภทได้

นอกจากนี้ Wright et al (2009) ได้กล่าวว่าอาการประสาทหลอนเกิดจากการที่บุคคลได้มีการพัฒนาแบบแผนทางความคิด (cognitive schema) ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์กฎเกณฑ์หรือความคาดหวังที่ฝังใจและเป็นปมทางความคิด อารมณ์ของบุคคล แบบแผนทางความคิดนี้มักเป็นความเชื่อที่ยึดติดและไม่สมเหตุผล (faulty belief) เกี่ยวกับตัวของเขาเอง หรือบริบทต่าง ๆ รอบตัวเขา ปมหรือแบบแผนทางความคิดนี้จะถูกกระตุ้นมากกว่าปกติ เป็นเสมือนสิ่งที่ติดอยู่ในหัวและความสนใจเหนือความคิดอื่นจะส่งผลต่อกระบวนการนึกคิดของบุคคลนั้น กล่าวคือเมื่อบุคคลนั้นเกิดการนำข้อมูลจากการรับรู้ต่าง ๆ มาผสมผสานรวบรวมเปรียบเทียบกับปมทางความคิดนี้แล้วให้ความหมายกับข้อมูลดังกล่าว ซึ่งไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่เป็นในลักษณะตอบสนองต่อปม หรือแบบแผนความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนในมุมมองทางความคิดนี้มองว่า

อาการประสาทหลอนทางหู อาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีรูปแบบแผนทางความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับตนเองและโลก ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำจึงทำให้เขาสร้างเสียงขึ้นมาจากการผสมผสานข้อมูลในการรับรู้ในหัวของเขา

ประสาทหลอนที่พบมากในผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นแบบฉบับที่ทำให้เสื่อมเสียและวิพากษ์วิจารณ์แต่สามารถทำให้เป็นทางบวกได้ในบางกรณี อาการประสาทหลอนทางหูแบบเสียงสั่งการมักมีความเชื่อมโยงกับความเสี่ยงการมีพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อผู้อื่นและตนเอง และอาการประสาทหลอนทางหูชนิดที่พบบ่อยในจิตเภทได้แก่ เสียงที่พูดกับผู้ป่วยในลักษณะคนที่สาม เช่นเขาไม่มีประโยชน์ หล่อนต้องตกงาน เสียงที่ส่งออกมาพูดวิจารณ์ผู้ป่วย เช่นมองดูซิหล่อนกำลังก้าวขึ้นบันได และเสียงที่พูดกับตนเองหรือเสียงความคิดของเขาเองที่ดังออกมาหวั่น้อยในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์แต่พบได้ในโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตนอกจากนี้อาจพบได้ใน Mania แต่มักผ่านไปอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยจิตเภทประสาทหลอนทางหูและหลงผิดมักเกิดขึ้นด้วยกันและอาจมีประสบการณ์ของภาพหลอนได้ด้วย หรือได้กลิ่นเหม็นที่น่ากลัวของสิ่งเน่าเปื่อย

อาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucinations) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบได้มากที่สุดในการป่วยในโรคจิตเภทเสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ดำเนินหรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เสียงนั้นอาจจะมาสู่ความรู้สึกผู้ป่วยหรือเป็นเสียงที่มาสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม (command hallucination) แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ได้ยินเป็นเสียงอื่น ๆ นอกเหนือจากเสียงคนพูด เสียงที่ได้ยินอาจดังมาจากภายในสมองของผู้ป่วยเองหรือได้ยินมาจากภายนอกก็ได้ พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นเสียงที่ได้ยินชัดเจนเหมือนคนมาพูดข้าง ๆ ภูมิผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่ได้ยินเป็นเสียงอู้อี้ฟังไม่เข้าใจเนื้อหาที่ได้ยินมักเป็นเรื่องราวฟังได้เป็นประโยคและจับใจความได้แต่ถ้าเป็นคำดำเนิน คำตลกผู้ป่วยอาจจะได้ยินเป็นแค่คำสั้น ๆ ส่วนใหญ่มักได้ยินเสียงอย่างต่อเนื่อง และได้ยินทุกวัน รวมทั้งมักจะสัมพันธ์กับอาการหลงผิดผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเสียงแว่วเป็นคนหลาย ๆ คนมาวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของตน หรือเสียงเหล่านั้นมาถกเถียงกันเอง โดยทั่วไปที่พบจะเป็นเสียงพูดถึงผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สามและอาจวิพากษ์วิจารณ์ในการกระทำต่าง ๆ ของผู้ป่วย

อาการประสาทหลอนทางหูชนิดได้ยินเสียงตัวเอง (auditorization of thought) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงตนเองดังอยู่ในสมอง โดยผู้ป่วยอธิบายถึงปรากฏการณ์นี้ว่าแตกต่างไปจากความคิดโดยทั่ว ๆ ไปที่ผู้ป่วยได้ยินและมีความเป็นไปได้ว่าอาการประสาทหลอนทางหูชนิดได้ยินเสียงตัวเองจะเป็นจุดเริ่มต้นของอาการประสาทหลอนทางหูจากภายนอก

1.3 ความสัมพันธ์ของอาการหลงผิดและประสาทหลอน (Wright et al, 2009)

อาการประสาทหลอนทางหูพบได้ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจำนวนมากมักพบอาการประสาทหลอนทางหูร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ โดยมักจะเกิดแบบมีความสัมพันธ์และเป็นเหตุ ผลกัน ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู (หูแว่ว) เพียงอย่างเดียว จะต้องคิดถึงโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคจิตเภทร่วมด้วยเสมอ เช่น ใน Psychotic depression เสียงแว่วจะพบเป็นประโยชน์สั้น ๆ และมีเนื้อหาสอดคล้องกับอารมณ์ผู้ป่วย

ในผู้ป่วยจิตเภทนอกจากมีประสาทหลอนทางหูและหลงผิดแล้วอาจมีประสบการณ์ของภาพหลอนได้ด้วย การไต่กลิ่นเหม็นน่ากลัวของสิ่งที่น่าเบื่อ เช่นเดียวกับประสาทหลอนทางกายเช่นมีความรู้สึกช็อคผ่านเข้ามาในกาย หรือถูกรบกวนทางเพศอาการประสาทหลอนทางหูส่วนใหญ่มักได้ยินเสียงอย่างต่อเนื่อง และได้ยินทุกวัน รวมทั้งมักจะสัมพันธ์กันอาการหลงผิด ผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเสียงแว่วเป็นคนหลาย ๆ คนมาวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของตนหรือเสียงเหล่านั้นมาถกเถียงกันเอง โดยทั่วไปที่พบจะเป็นเสียงพูดถึงผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สามและอาจวิพากษ์วิจารณ์ในการกระทำต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ผลกระทบที่สำคัญของอาการหลงผิด และประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติในการรับรู้ กระบวนการคิด ลักษณะอารมณ์ที่แปรปรวน ร่วมกับความด้อยในประสบการณ์ที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ การควบคุมอารมณ์การมองตนเองและผู้อื่นแคบ การแปลความและเจตนาของผู้อื่น และการพูดถึงตนเองในทางลบการด้อยความสามารถในการควบคุมอารมณ์อาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว (Paivio, 1999; Jung, 2000; Chan et al, 2003) อาการหลงผิดว่ามีคนปองร้าย อาจเป็นความหลงผิดหลาย ๆ เรื่องพัวพันกันเป็นระบบก็ได้ ผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอาจจะทำบางอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ดีมีผลทำให้เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่น ๆ ได้ (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชษฐอุดมรัตน์, 2552) ผู้ที่มีความคิดหลงผิดและประสาทหลอนมักพบว่ามียาเสพติดหรือทุกขใจ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล การถูกจำกัด และเสียงหูแว่วความคิดผิดแปลกมักเกี่ยวกับความคิดด้านลบร่วมกับอาการหลงผิดมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดความเชื่อด้านลบต่อตนเอง หรือทำให้ความเชื่อด้านลบที่มีต่อตนเองถูกยืนยัน และเมื่อมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์จะตอกย้ำความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับตนเองได้อีกทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self esteem) และภาวะซึมเศร้า ในขณะเดียวกันกับที่เสียงหูแว่วทำให้เกิดการทำนายในด้านลบ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และพฤติกรรมที่ไม่มีประโยชน์ (Grant et al, 2004) นอกจากนั้นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อเสียงแว่วนี้มีได้หลายอย่างโดยในช่วงแรก ๆ เสียงมักทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวมาก อาจมีการตะโกนหรือด่าว่าเสียงแว่วนั้น แต่ต่อมาเมื่อโรคเป็นเรื้อรังผู้ป่วยจะมีอารมณ์ตอบสนองต่อเสียงแว่วนั้นน้อยลงเรื่อย ๆ มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่นตามเสียงแว่วสั่งให้ทำ และปัญหาบางอย่างที่พบบ่อยร่วมกับประสาทหลอน ได้แก่ ความงงงวย (perplexity) การทำลายกำลังใจ (demoralization) การอ่อนล้า (exhaustion) โกรธวิตกกังวล อาย และเศร้าเสียใจ (sadness) บ่อยครั้งที่ผู้

ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนแยกตัวเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การทำหน้าทีและกิจวัตรประจำวัน มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้ยินเสียงทางบวก ที่ทำให้มีลักษณะดี และผู้ป่วยค่อนข้างต้องการความช่วยเหลือจากหูแว่วที่เกิดขึ้นทำให้มีกำลังใจ อย่างไรก็ตามโดยปกติคนที่มีความเสียงทางลบมากขึ้น เสียงทางบวกก็ถูกทำให้ลดลงด้วย (Wright et al, 2009)

1.4 การบำบัดรักษาอาการหลงผิดและประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่ง เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน cognition (การรู้คิด) ภาษา อารมณ์ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (พิเชฐ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันท์, 2552; Trigoboff cited in Kneisl, 2004; Varcariolis et al, 2006) การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม (สุชาติ พหลภคย์, 2541; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) หรือประกอบด้วยอาการด้านบวก และอาการด้านลบ อาการต่าง ๆ เหล่านี้ปกติมักจะรุนแรงและยาวนานเสมอ โดยมีลักษณะอาการอย่างน้อย 6 เดือน อาการด้านบวกที่สำคัญคือ อาการหลงผิด (Delusion) และอาการประสาทหลอน (hallucination) (American Psychiatric Association, 1994; Sadock & Sadock, 2005) ซึ่งมีวิธีการรักษาหลายรูปแบบ ได้แก่

1.4.1 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยาการรักษานี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ

1.4.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เนื่องจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลานานเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผลขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300–400 mg/day หรือ haloperidol 6–10 mg/day ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก อาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

1.4.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งที่สำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดขนาดลงถึงขนาดต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100–300 mg/day ของ chlorpromazine ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาฉีดประเภท long acting ระยะเวลานี้ที่ใช้รักษานั้นส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

1.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมกับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depressionร่วมด้วย

1.4.3 การรักษาทางจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่นอาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ทุกด้านมิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้นการรักษาทางจิตสังคมได้แก่

1.4.3.1 การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่อง โรค รวมถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างดี

1.4.3.2 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ เช่น กลุ่มบำบัดทักษะทางสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการงานพื้นฐานและการใช้ชีวิตในบ้านหรือชุมชน เป็นต้น

1.4.3.3 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.4.3.4 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัด ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้เช่นช่วยผู้ป่วยในการแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ มีจิตบำบัดแบบต่าง ๆ ได้แก่ จิตบำบัดเชิงจิตพลวัต (Psychodynamic) จิตบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral-therapy) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) จิตบำบัดเชิงระบบหรือครอบครัว (System/Family-therapy) จิตบำบัดแนวมนุษยนิยม (Humanistic)

อาการหลงผิดประสาทหลอน เป็นปัญหาที่พบบ่อยอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เมื่ออาการประสาทหลอนมีการรบกวนต่อการรักษาอาการทางจิต การบำบัดที่จำเพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการ

บำบัดด้วย CBT โดยมีการพัฒนาขึ้น เพื่อลดความทุกข์ทรมาน และสร้างทักษะการเผชิญปัญหาสำหรับการจัดการกับอาการ (Wright et al, 2009)

สรุปการบำบัดรักษาอาการหลงผิดและประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทแม้จะใช้ยา ในการรักษาได้ผลดีแต่มีผู้ป่วยเพียงบางส่วนที่ตอบสนองต่อยาไม่ดี และยาไม่ได้ช่วยในเรื่องของทักษะการเผชิญกับอาการทางจิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงยังต้องการการรักษาด้านจิตสังคมหรือจิตบำบัดมาช่วยรักษาเพิ่มเติมจากยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสมและลดความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิต

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์และแนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีหูแว่วและประสาทหลอน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (Suicide) มาจากภาษาละตินว่า suicidium โดย Sui หมายถึง ของตนเอง และ Cide หรือ Cidium หมายถึง การฆ่า (Tanney et al, 2000) ส่วนในภาษาไทยใช้คำว่า “อัตวินิบาตกรรม” (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้ให้ความหมาย เช่น

Gill (2007) ให้ความหมายการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำอันตรายต่อตนเองโดยเจตนาให้ยุติชีวิตลง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2541) ให้ความหมายการฆ่าตัวตายเป็นความคิดหรือการกระทำใด ๆ ก็ตามที่หากดำเนินการไปจนสำเร็จทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

กรมสุขภาพจิต (2542) ให้ความหมายการฆ่าตัวตายเป็นการที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวดหรืออันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน

มาโนช หล่อตระกูล (2553) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำซึ่งส่งผลให้ถึงแก่ชีวิตโดยที่ผู้กระทำทราบหรือคาดให้เกิดผลถึงแก่ความตาย

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายโดยคำนึงถึงเจตนา รูปแบบ วิธีการ การวางแผนก่อนลงมือ หรือเป็นแบบหุนหันการมีสติและลักษณะด้านอารมณ์ก่อนกระทำการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามความหมายของการฆ่าตัวตายเป็นการศึกษาคือ “การกระทำที่ทำให้ตนเองถึงแก่ความตายทั้งตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ไม่ว่าจะมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือเป็นแบบหุนหันอาจกระทำโดยตรงหรือทางอ้อมเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหา”

จะเห็นได้ว่าความหมายของการฆ่าตัวตายที่ได้กล่าวมาแล้วยังมีหลากหลายในความหมายซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดของผู้ศึกษา นอกจากนี้ได้นักวิชาการหลายท่านแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายแตกต่างกันไปตามระดับความตั้งใจหรือจงใจ และผลสำเร็จของความตั้งใจ ดังนี้

Dielstra&Gulbinat (1993) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท

2.1.1 การคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) เป็นความคิดต่างๆที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเอง

2.1.2 การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตแต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำและการกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่ในสภาวะของบุคคลนั้น

2.1.3 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) การฆ่าตัวตายเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจจริงที่จะตาย

นอกจากนี้นักวิชาการหลายท่านได้แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในมิติอื่น ๆ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ คือ

2.1.4 การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threats) เป็นการเตือนทั้งทางตรงและการเตือนทางอ้อมด้วยวาจาหรือไม่ใช่วาจาที่ได้วางแผนจะฆ่าตัวตาย อาจเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ แต่ไม่มีการกระทำ (Barbee & Bricker, 1996; Stuart, 2005)

2.1.5 การมีท่าทีจะฆ่าตัวตาย (suicide gesture) เป็นการกระทำตนเองอาจไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองและไม่คาดหวังว่าตนเองจะตายแต่ทำเพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดเจ็บแผลลอกที่ข้อมือด้วยมีดพลาสติก (Barbee & Bricker, 1996)

2.2 ระบาดวิทยา (Epidemiology)

เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้ทบทวนรวบรวมระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังนี้

ความชุกของการฆ่าตัวตายพบได้ในทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติศาสนาสังคม และทุกชนชั้น ในปี พ.ศ. 2003 ประชากรสหรัฐอเมริกาฆ่าตัวตายสำเร็จ 31,484 คน คิดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในคนอายุ 15-24 ปี สาเหตุการตายอันดับที่ 4 ในคนอายุ 25-44 ปี และสาเหตุการตายอันดับที่ 8 ในคนอายุ 45-64 ปี (American Association of Suicidology: AAS, 2004)

อายุ อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Gill, 2007) พบสูงสุดในวัยหนุ่มสาวกลุ่มอายุ 25-34 ปี ในเพศชายอัตราการฆ่าตัวตายจะเริ่มมากขึ้นพอ ๆ กับในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยสูงอายุ ในเพศหญิงอัตราการฆ่าตัวตายจะเริ่มมากขึ้นพอ ๆ กันโดยพบสูงสุดในวัยสูงอายุ ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15-24 ปีมากที่สุดโดยเพศชายจะมีอายุอยู่ระหว่าง 20-24 ปีและเพศหญิงมีอายุระหว่าง 15-19 ปี ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายมักจะเป็นบุคคลในวัยหนุ่มสาว (สุชาติ พหลภักย์, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Fotinash, 2008)

สถานภาพสมรส อัตราฆ่าตัวตายสูงในประชากรที่หม้าย หย่าร้าง หรืออาศัยอยู่คนเดียวหรือโสด (มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Gill, 2007)

บุคคลในครอบครัวเดียวกัน ญาติของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีที่รุนแรง หรือเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Baldesarini และ Hennen, 2004)

อาชีพ การมีงานทำจะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ พบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย คือ แพทย์ ศัลยแพทย์ สัตวแพทย์ เภสัชกร นิติกร นักกฎหมายนายหน้าขายประกันและชาวนา โดยแพทย์มีอัตราเสี่ยงสูงที่สุด (Gill, 2007) มีการวิจัยการฆ่าตัวตายพบว่าบุคคลที่มีฐานะยากจน ความกดดันจากการตกงาน มีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Boxer et al, 1995; Blakely et al, 2003)

สุขภาพกาย โรคทางกายที่พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ โรคเอดส์ โรคลมชัก การบาดเจ็บไขสันหลังและสมอง และโรคเมเร็ง เนื่องจากความทุพพลภาพ ความทุกข์ทรมานจากตัวโรค การต้องพึ่งพาผู้อื่น การถูกรังเกียจ ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ และการรับรู้ว่าสิ่งดังกล่าวรุนแรงมากสำหรับตนเองทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่าทนรับต่อไปไม่ได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

สุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็น ร้อยละ 87.3 ของผู้เสียชีวิตมีโรคทางจิตเวชในช่วงฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน การใช้สุรา และสารเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ ความผิดปกติทางอารมณ์และพบว่าผู้เสียชีวิตจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

การมีประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าการพยายามฆ่าตัวตายในแต่ละครั้งจะพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในครั้งต่อไป ถึงร้อยละ 32 ปัจจัยที่ชี้บ่งที่ดีที่สุดว่ามีอัตราเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายมาก่อน และการพยายามฆ่าตัวตายครั้งที่ 2 มักเกิดขึ้นภายใน 90 วันนับจากการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก (สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2545; มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ผู้อาศัยในเขตสลัมในเมือง ผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและผู้ที่ถูกจำคุกมีอัตราสูงต่อการฆ่าตัวตาย (Gill, 2007)



สภาพของประเทศ อัตราการฆ่าตัวตายสูงในภาวะเศรษฐกิจเสื่อม ไม่มีงานทำส่วนในภาวะสงครามอัตราการฆ่าตัวตายลดลง (Gill, 2007)

ลักษณะประจำชาติ อัตราเสี่ยงแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ทั้งด้านศาสนา และวัฒนธรรม อัตราสูงพบในประเทศกรีนแลนด์ อังการี ออสการ์ ออสเตรีย เดนมาร์ค ญี่ปุ่น เยอรมัน และในประเทศไทย

2.3 การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้ที่ฆ่าตัวตายที่ดีที่สุดประกอบด้วยหลากหลายวิธี ดังนี้ (Simon, 2004; Sudak, 2005; Oxford, 2006)

2.3.1 การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สุดควรได้รับการตัดสินใจและควบคุมกำกับตั้งแต่สัปดาห์แรกในการรักษา การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น และจากประสบการณ์ การทดลองหรือการสังเกต เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depression) ใช้ยาด้านเศร้า (Antidepressants) และบางทีอาจใช้ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizer) โดยการใช้กลุ่มยา SSRI ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ปลอดภัยถ้าใช้เกินขนาดเมื่อเทียบกับ Tricyclic antidepressants ยาด้านเศร้าต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อยหลายสัปดาห์อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่พบตอบสนองสูงสุด 8-12 สัปดาห์ในทางตรงกันข้าม ยา SSRI ถ้าใช้ครั้งแรกอาจทำให้เกิดอาการกระวนกระวายและนอนไม่หลับซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายฉุกเฉินได้ องค์การอาหารและยาจัดให้ยา Clozapine ใช้ยารักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทและ schizo-affective disorder (Meltzer, et al, 2003)

2.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electro convulsive therapy) มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง ทั้งมีอาการทางจิตและไม่มี จะช่วยในกรณีผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาไม่ได้ผล (American Psychiatric Association: APA, 2003) การรักษาด้วยไฟฟ้าช่วยในการรักษาที่ให้ผลที่เร็วขึ้นและจะต้องมีความเสี่ยงสูง ซึ่งถ้าหากล่าช้าอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต

2.3.3 การรักษาทางจิตบำบัด (psychotherapy) อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การใช้ยาร่วมกับการรักษาทางจิตบำบัดจะช่วยในการเกิดประสิทธิผลอย่างเต็มที่

2.4 ผู้ป่วยจิตเภทกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

โรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคิดเป็น 8 เท่าของผู้ป่วยโรคอื่น (Spiebl et al, 2002) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีดังนี้

2.4.1 เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรกในช่วงเวลา 10 ปี มีอาการขณะแรกเริ่มแบบอาการด้านบวก (APA, 2003)

2.4.2 ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จากการศึกษาของ Weissmen และคณะ (1999) ซึ่งทำในประชากร 9 ประเทศพบว่าความชุกตลอดชีพของการพยายามฆ่าตัวตาย อยู่ระหว่างร้อยละ 3 ถึง 5 ของประชากรทั่วไป ในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 13.5 (Kessler et al, 1999)

2.4.3 อาการทางจิต เช่น มีอาการหลงผิด หวาดระแวงกระวนกระวาย มีอาการประสาทหลอนโดยเฉพาะมีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ความหุนหันพลันแล่นหรือพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้ขาดการตัดสินใจ และการทำหน้าที่การรับรู้บกพร่อง (Roy, 2000)

2.4.4 มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย (Roy, 2000)

2.4.5 ผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลในช่วง 2-3 สัปดาห์ถึง 1 เดือน (Roy, 2000 cited in Sadock & Sadock, 1999)

2.4.6 มีโรคทางกายเรื้อรังและรุนแรง เช่น โรคลมชัก โรคเอดส์

2.4.7 ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการรับประทานยา เช่น เกิดจากผลข้างเคียงจากยา หรือ รับประทานยาเป็นเวลานาน ๆ

2.5 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2556)

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มการพยาบาลจากการทบทวนปัญหาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวช การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการระดมสมองจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและผู้เชี่ยวชาญ 9 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาและพัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายจำนวน 1 คน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและพัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายจำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช และจบปริญญาโทสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช และจบปริญญาโทสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ การให้คำปรึกษา การบำบัดผู้ป่วยจิตเวช และจบปริญญาโท 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวช และจบปริญญาโท 1 คน มีการจัดทำแนวทางดังกล่าวและร่วมตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความถูกต้องต่อนั้นนำมาแก้ไขและปรับเปลี่ยนตามที่ได้รับตรวจสอบความตรงดังกล่าวประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน 3 ข้อดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากพฤติกรรมฆ่าตัวตายระยะแรกเริ่ม และในระยะการดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว
และปรับตัวอยู่ในสภาพที่เป็นจริงได้

มาตรฐานที่ 2.1 ไม่เกิดอันตรายต่อตนเองจากการฆ่าตัวตายเนื่องจากภาวะ
ผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้

มาตรฐานที่ 2.2 ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายต่อตนเองจากภาวะซึมเศร้า

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน

มาตรฐานที่ 3.1 ผู้ป่วยมีความรู้/ทักษะในการจัดการกับปัญหาอารมณ์จิตใจ
อย่างเหมาะสมและปรับตัวอยู่ในครอบครัว/ชุมชนได้

มาตรฐานที่ 3.2 การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน
ซึ่งมีขอบเขตสำหรับการพยาบาลใช้เป็นแนวทางใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบองค์
รวม ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในโรงพยาบาลจิตเวชตลอดจนการกลับไป
ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

2.6 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลกับมาตรฐานการพยาบาล

2.6.1 ความหมายได้มีผู้ให้ความหมายแนวทางปฏิบัติการพยาบาลไว้ต่าง ๆ กันทั้งใน
ต่างประเทศและในประเทศไทย ดังนี้

สภาการพยาบาล (2547) ผู้ให้ความหมายแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือ
ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยอยู่บนพื้นฐานของการใช้
ความรู้และหลักฐานอ้างอิงร่วมกับจริยธรรมและความมีอิสระในวิชาชีพ เป็นแหล่งความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อ
สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจตรงกัน และมีส่วนร่วมในการปกป้องคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการการพยาบาล

สมจิต หนูเจริญกุล (2547) ให้ความหมายแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือ
ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย มีอิสระทางวิชาชีพ บนพื้นฐาน
ของการใช้ความรู้ เป็นแหล่งความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน

เบญชญา อยู่ศิริ (2557) ให้ความหมายแนวปฏิบัติการพยาบาล ว่าเป็นแนวทางการ
ปฏิบัติที่ถูกพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพหรือเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ที่เฉพาะเจาะจงกับ
ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

ศูนย์พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันแห่งชาวสก็อต (The Scottish Intercollegiate
Guideline Network [SIGN], 2001) ให้ความหมายแนวทางปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ทบทวนไว้
อย่างเป็นระบบช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะเจาะจงทางคลินิก

สรุปความหมายของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบภายใต้ผลงานวิจัย เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลเฉพาะโรคตามสถานการณ์ มีการระบุวิธีที่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพภายใต้การใช้ความรู้และหลักการเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวทางสำหรับพยาบาลปัจจุบันใช้มาตรฐานการพยาบาล

2.6.2 มาตรฐานการพยาบาลหลังผิประสาหลอน

2.6.3 มาตรฐานการพยาบาลของกรมสุขภาพจิตปี 2542 ประกอบด้วย

2.6.3.1 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองประเภทวิกฤต ประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาล 3 ข้อ คือ

- 1) ผู้ป่วยไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

2.6.3.2 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองประเภทแรกเริ่ม ประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาล 4 ข้อคือ

- 1) ผู้ป่วยมีอาการเศร้าลดลง
- 2) ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องอยู่ในโลกของความเป็นจริง และสามารถปรับตัวได้
- 3) ผู้ป่วยมีการหลงผิดลดลงและเริ่มรับรู้สถานการณ์ของความเป็นจริงได้
- 4) ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2.6.3.3 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองประเภทเรื้อรังบำบัด ประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาล 4 ข้อ

- 1) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในของความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น
- 2) ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น
- 3) ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และการพักผ่อนตามความต้องการของร่างกาย
- 4) ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองด้านสุขภาพอนามัยและกิจวัตรประจำวันได้เสมอ

2.7 แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

2.7.1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

2.7.1.1 ให้การรักษาภาวะทางจิตเวชที่พบ เช่น การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และยาคลายกังวลในผู้ป่วยที่เครียดมากหรือมีปัญหาในการปรับตัวการได้รับยารักษาโรคจิตจะใช้ควบคุมความยับยั้งชั่งใจ ในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่นโดยให้ เพอร์เฟนาซีน (perphenazine)

2.7.1.2 ท่าทีและการสื่อสารของผู้ดูแลรักษาหลักเหลือยการใช้คำพูดน้ำเสียงและสีหน้าท่าทางของผู้ดูแลรักษาที่เป็นลักษณะตำหนิ ดูแคลน ทับถม ทำทนาย สีหน้า เยาะหยัน สายตาดูถูก เช่น “แทงตรงนี้อีก 10 ครั้งก็ไม่ตายหรอก” หรือ “กินยาแค่นี้ไม่แน่ จงจริงนี่” เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครเข้าใจ รู้สึกว่าเป็นภาระต่อผู้อื่น สิ้นหวัง อ่อนแอตายและลงมือทำซ้ำอีก ผู้ดูแลรักษาควรให้ความสำคัญกับการพยายามฆ่าตัวตายทุกรูปแบบทั้งแบบที่ไม่รุนแรงหรือดูเหมือนไม่ตั้งใจจริงด้วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจทำจริงในครั้งต่อไปหรือทำซ้ำด้วยวิธีที่รุนแรงมากขึ้น ผู้ดูแลรักษาควรรับฟังความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกความนึกคิด หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ท่าทีของผู้ดูแลควรแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยการแสดงความรู้สึกสนใจ ห่วงใยและให้เกียรติผู้ป่วย การให้ข้อเสนอแนะให้กำลังใจและแสดงความเต็มใจในการดูแลรักษา

2.7.1.3 แนวทางในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

- 1) ด้านสถานที่ เช่น การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้กับที่ทำงานของพยาบาล เพื่อจะได้สังเกตอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด และเก็บอุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการนำมาใช้ฆ่าตัวตายให้มิดชิด
- 2) ด้านบุคลากร เช่น การส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้มีการประชุมทีมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ ปัญหาทันทีที่มีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดให้มีการบันทึกผลการรักษาพยาบาลเพื่อการติดตามผลการรักษาและการส่งต่อและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.7.2 ในต่างประเทศสมาคมจิตแพทย์ของอเมริกา (APA, 2003) ได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

2.7.2.1 การประเมินความเสี่ยงสูงในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตที่มีภาวะสิ้นหวัง วิตกกังวล ความตั้งใจที่จะตาย ผู้ที่เผชิญความเครียดด้านจิตใจและสังคมการอยู่ในภาวะที่เอื้อให้เกิดการฆ่าตัวตาย

2.7.2.2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ประวัติพันธุกรรม การรักษา การวิเคราะห์จิตพลวัตร

2.7.2.3 ระบุปัจจัยอาการและอาการแสดงที่ส่งผลเพิ่มหรือลดความเสี่ยง

2.7.2.4 สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับการรักษา ควรมีการแจ้งข้อมูลที่สำคัญในทีมผู้ดูแล ควรเก็บรักษา ความลับของผู้ป่วย

2.7.2.5 ประเมินความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตาย

2.7.2.6 สํารวจถึงแผนการฆ่าตัวตาย ขั้นตอนและวิธีการ เช่น การเขียนพินัยกรรม

2.7.2.7 สํารวจประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตนเอง สนใจในรายละเอียดเรื่อง เวลา ความตั้งใจ วิธีการ ผลลัพธ์ และความหวังบันทึกผลการประเมินข้อมูล การวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2.7.2.8 ส่งต่อข้อมูลให้ทีมเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะพยายามฆ่าตัวตาย

2.7.2.9 ให้การพยาบาลในผู้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา เช่น กลุ่มยาด้านอาการซึมเศร้า

2.7.2.10 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.7.2.11 สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการแก้ปัญหา การเผชิญปัญหา และการทำหน้าที่ในสังคม

3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่ง ที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับความผิดปกติของการคิด ที่พัฒนามาจากการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) ซึ่งช่วยให้เกิดความตระหนักและเข้าใจถึงกระบวนการคิดต่อสถานการณ์การพัฒนาในด้านความเชื่อหรือทัศนคติให้เข้าใจกัน และเกิดความตระหนักอย่างมีเหตุผล และการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral Therapy) ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เกิดทักษะการตอบสนองต่อสถานการณ์ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และสามารถพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

การบำบัดทางความคิด คือ การบำบัดผู้รับบริการโดยใช้เวลาอย่างมีขอบเขต มีโครงสร้างในการบำบัดเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตหลายประเภท (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ปัญหาการเจ็บปวด เป็นต้น) การบำบัดนี้มีพื้นฐานภายใต้ทฤษฎีโดยใช้เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของแต่ละคน ซึ่งถูกกำหนดให้มีปัญหามากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคน ๆ นั้น (Beck, 1976)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการรักษาเกี่ยวกับอาการทางกาย และทางสังคมของผู้ป่วย สอนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียดแยกแยะรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง และแทนที่ด้วยมุมมองในเชิงบวก และมีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า (Dryden, 1998)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิดวิธีการบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วย

ค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดและตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมัน, 2548)

สรุปการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่ง ซึ่งเน้นรักษาอาการเฉพาะบางอาการโดยการรักษา ด้วยวิธีการสอนให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงความคิดทางลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวเองอย่างชัดเจน และให้มีการเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือมุมมองทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อการมองโลกและมองอนาคต ในเชิงบวกที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น

3.1 แบบจำลองเกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิต (Beck, 1979)

3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับอารมณ์

Beck อธิบายว่าอารมณ์ของคนเราเกิดจากการรู้คิดในการรับรู้ และตีความสิ่งเร้าที่เราประสบ เช่น อารมณ์พื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ เสียใจ ดีใจ โกรธ กังวลใจ

อารมณ์เสียใจ เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ถึงความสูญเสียและความพ่ายแพ้ซึ่งมักจะแสดงออกในรูปของการไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัวจากบุคคลที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

ความกังวลและความโกรธ มักเกิดจากการรับรู้ถึงการถูกคุกคามความกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ในจุดที่เป็นปัญหาของตน ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดตามมามักเป็นลักษณะถอยหนีส่วนความโกรธเกิดจากการรับรู้ที่ถูกคุกคามจากบุคคลอื่น พฤติกรรมจะออกมาในลักษณะปกป้องตัวเอง หรือก้าวร้าว

3.1.2 การรู้คิด และความผิดปกติทางจิต

ในผู้ป่วยทางจิตเวช Beck อธิบายว่าอารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองมีลักษณะที่รุนแรงและดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าบุคคลปกติ แต่ละความผิดปกติจะมีความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองและบุคคลอื่นแตกต่างกันไป ลักษณะของ cognition จะมีความสำคัญต่อการรอบของการรักษา

3.1.3 กระบวนการรู้คิด (Cognition processing)

Beck อธิบายว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้ primal cognitive process ในการรับรู้โลก และตีความประสบการณ์ที่ตัวเองได้รับ ซึ่งคนปกติจะใช้ secondary cognitive process มากกว่า primal cognitive process ผู้ป่วยจะมีลักษณะการรับรู้ผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงและผู้ป่วยจะใช้กรอบความคิด (schema) ดังกล่าวในการอธิบายความเชื่อของตน

Beck และคณะ (1979) เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (A) ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) โดยตรง แต่เกิดจากกระบวนการคิด ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (B) ซึ่งเกิดขึ้นมาทันที (ความคิดแบบอัตโนมัติ)

3.2 ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบได้แก่ (จันทิมา องค์กรโชค, 2545; Jacobson & Jacobson, 2001)

3.2.1 ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นความคิดระดับหน้า (surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจินตลักษณะ (pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นเองโดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ตัวตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองให้ได้ก่อนความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้ามักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ความสิ้นหวังในขณะที่ความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกว่ามีอันตรายมีภัยคุกคาม เป็นต้น

3.2.2 ความคิดบิดเบือนความจริงหรือความคิดที่ไม่เป็นความจริง (Cognitive distortions หรือ Cognitive errors) เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบโดยทั่วไปแล้วความคิดที่ไม่เป็นความจริงที่พบได้บ่อยมักเป็นในลักษณะของ 1) การคิดทำนายอนาคต หรือการคิดทำนายว่าผู้อื่นจะปฏิบัติตนหรือประพฤติอย่างไร โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน 2) การเลือกสนใจเฉพาะข้อมูลที่เห็นพ้องกับสิ่งที่ตนคาดหวังและเลือก ไม่สนใจหรือรับรู้ข้อมูลที่ค้านกับความคาดหวังของตน 3) เมื่อเกิดเรื่องราวที่ไม่ดีขึ้นจะรับผิดชอบหรือรับผิดชอบมากเกินไป โดยไม่ยอมรับว่าผู้อื่นหรือสถานการณ์มีส่วนร่วมก่อให้เกิดเรื่องด้วย และ 4) การมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ ได้หรือเสียไปหมดและไม่ยอมรับความสำเร็จหรือการคืบหน้าแบบบางส่วน

ลักษณะความคิดบิดเบือนที่ก่อให้เกิดปัญหา (จันทิมา องค์กรโชค, 2545; Jacobson & Jacobson, 2001; Sperry et al, 2003) ได้แก่

3.2.2.1 ความคิดที่สรุป หรืออนุมานจากความรู้สึกของตน (emotional reasoning) เช่น เมื่อรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังก็สรุปว่าตนเองเป็นคนทั้งหมดหวังในอนาคต เมื่อรู้สึกโกรธก็สรุปว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งเมื่อรู้สึกผิดก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ดี เป็นต้น

3.2.2.2 ความคิดแบบขยายวงเกินความจริง (overgeneralization) มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดมากเกินไป ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่ง ก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมดเสมอ (always) เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่ง ก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนเองไปหมด เป็นต้น

3.2.2.3 ความคิดสุดขีด (catastrophizing) เป็นความคิดแบบ overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีดเป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้ แปลว่า ชีวิตนี้สิ้นหวังหมดอนาคตหรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนชั้นแปลว่า หมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว หรือถ้ามีอาการแพนิค แปลว่าตนเองไม่สามารถควบคุมตนเองได้จะต้องกลายเป็นบ้าเป็นต้น

3.2.2.4 การคิดขยายใหญ่โตเกินความจริงหรือเป็นเรื่องเล็กเกินจริง (magnification หรือ minimization) เมื่อความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง ความคิดเช่นนั้นเป็นความคิดแบบ magnification ตัวอย่างเช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองไปหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนเองไม่เก่งจนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน เมื่อลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ตัวเองเป็นเรื่องเล็กความคิดเช่นนั้นเรียกว่า minimization เช่น การสอบได้ถูกมองว่าเป็นเพราะบังเอิญเพราะตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญของความสามารถของตนเป็นต้น

3.2.2.5 ความคิดแบบขาวหรือดำ (dichotomous/all or nothing thinking) เมื่อความคิดที่แบ่งเรื่องราวหรือผลลัพธ์ที่ซับซ้อนหรือต่อเนื่องไปในลักษณะขาวหรือดำไปหมดหรือต้องสมบูรณ์บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้าม เป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียวก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด เป็นต้น

3.2.2.6 การคิดบังคับตนเอง (should/must/ought statements) เป็นการคิดที่มีลักษณะบังคับตนเองว่าเรื่องนั้น “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะต้อง” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตนเป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวดหรือการสันนิษฐานว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ภายนอกได้ ความคิดเช่นนี้ย่อมทำให้เกิดปัญหาได้ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมาก คิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่นิดเดียว ย่อมรู้สึกผิดหวังในตนเอง ละอายใจ หรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงน้อยนิด เมื่อความคิดนี้เป็นความคาดหวังผู้อื่น เช่น การคิดว่าลูก “ต้อง” สอบเข้ามหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงได้ทำให้เกิดความผิดหวังโกรธเคืองหรือขุ่นเคืองลูกเพราะความไม่สมหวัง

3.2.2.7 ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้าหรือตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) เป็นการทำนายไปในทางลบคือการใช้ความคิดในแง่ร้าย หรือความล้มเหลวในอดีตมาพยากรณ์ว่าจะเกิดความล้มเหลวในสถานการณ์ใหม่ล่วงหน้าอย่างไม่เหมาะสม บางครั้งเรียกความคิดที่ผิดพลาดนี้ว่า Fortune telling หรือการเป็นหมอดู

3.2.2.8 ความคิดเอาเองหรือคิดอ่านใจ (mind reading) การสรุป เด่า หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนา หรือสิ่งที่อ่านใจผู้อื่นโดยที่ไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

3.2.2.9 ความคิดตีตราตนเองไปทางลบ (labeling) ลักษณะที่ไม่ดีของบุคคลหรือสถานการณ์ถูกนิยามไว้อย่างแน่นอน ดังนั้นแทนที่การคิดว่า “ฉันทำข้อสอบผิด” กลับเป็นคิดว่า “ฉันมันโง่” การตั้งนิยามเช่นนี้ไม่มีเหตุผล เพราะการกระทำอย่างหนึ่งมิได้หมายความว่าบุคคลผู้นั้นกลายเป็นคนเช่นนั้น การคิดเช่นนั้นไม่มีประโยชน์เพราะนำมาแต่ความไม่สบายใจ ความโกรธความผิดหวัง หรือการสูญเสียคุณค่าใน

ตนเอง ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง และเมื่อนำมาใช้กับผู้อื่น เช่น การตีตราผู้อื่นว่า “เป็นคนไม่มีน้ำใจ คนใจดำ” ก็ยังทำให้มองผู้นั้นในแง่ลบเกิดความขุ่นใจโกรธซึ่งไม่พอใจในผู้นั้น

3.2.2.10 ความคิดโทษตนเองและผู้อื่น (personalization และ blame) การแปลเหตุการณ์สถานการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดงหรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดีดังเช่นเมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิดการลงโทษตนเองความละอายใจและความรู้สึกที่ว่าตนเองไร้ความสามารถบางคนอาจมีความคิดที่ตรงกันข้ามเพราะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้นก็จะโทษผู้อื่นอยู่เสมอ โดยไม่พยายามดูว่าตนมีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ได้เช่นไร เช่น “ที่ชีวิตแต่งงานฉันไม่ราบรื่น เพราะสามีเป็นคนแย่มากไม่มีเหตุผลเลย”

3.2.2.11 ความคิดวนเวียนด้านลบ (selective negative focus) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราวความทรงจำหรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลางหรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและกลุ้มใจอยู่หลายวันหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้หักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากนายและเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ว่าผลงานดีเยี่ยม เป็นต้น ความคิดเช่นนี้ย่อมเป็นสาเหตุให้คนคิดต้องปราศจากความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของตน

3.2.2.12 ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) ความคิด ความรู้สึกหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีถูกมองว่าเป็นเรื่องที่รุนแรงหรือไม่มีทางเอาชนะได้ ดังนั้นจึงต้องปิดบังหรือหลีกเลี่ยงไม่เผชิญด้วย

3.2.2.13 ความคิดแปลสิ่งกระตุ้นภายในรุนแรงเกินจริง (somatic missfocus) ความโน้มเอียงที่จะแปลสิ่งที่กระตุ้นภายใน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อาการใจสั่น วิงเวียน แน่นหน้าอก หรืออาการชา เป็นอาการบ่งชี้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายกาจขึ้น เช่น หัวใจวายหรือช็อก เป็นต้น

3.3 ความคิดรวบยอดทางความคิด (Cognitive Conceptualization)

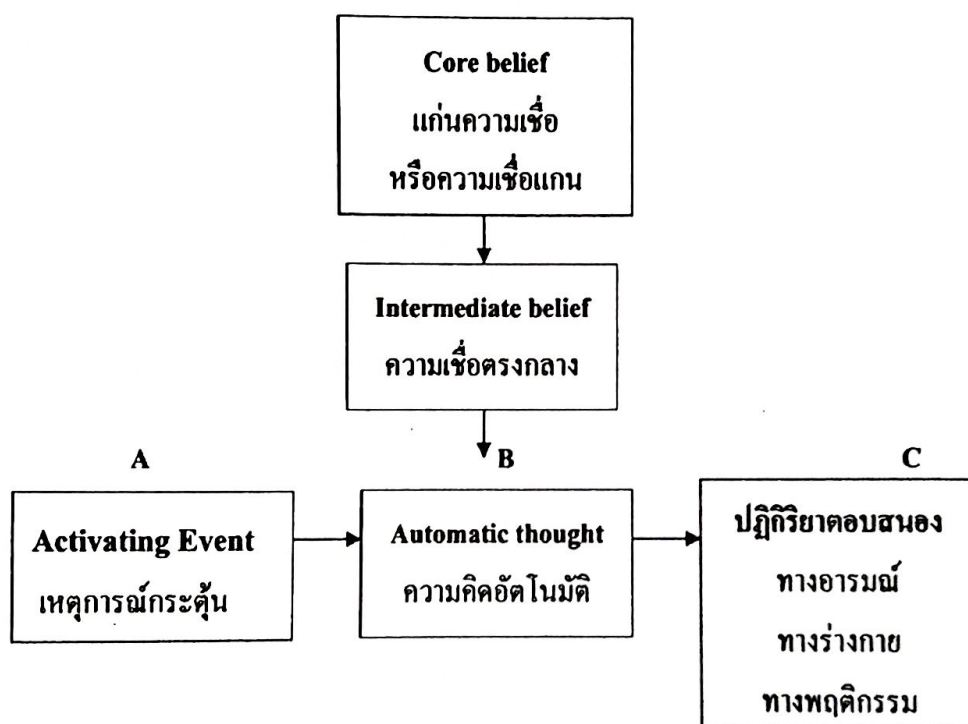
เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัดในการเข้าใจแบบแผนความคิด (Schemata) ของผู้ป่วย (Beck, 1995; Grant et al, 2004) ได้แก่

3.3.1 ความเชื่อแกนหรือความเชื่อหลักหรือแก่นความเชื่อ (Core belief) เป็นความเชื่อที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากการเลี้ยงดู และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เล็กจนโต ส่วนใหญ่จะคงไว้ซึ่งความเชื่อแกนในเชิงบวก ความเชื่อด้านลบอาจเกิดขึ้นผิวเผินเมื่อบุคคลประสบกับความเครียด ซึ่งความเชื่อเหล่านี้สามารถพัฒนากลายเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) โดยการมองทุกอย่างไปในแง่ร้ายหรือทางลบ

3.3.2 ความเชื่อตรงกลาง (Intermediate belief) เป็นความเชื่อที่อยู่ตรงกลางระหว่างความเชื่อแกนกับความคิดอัตโนมัติ ความเชื่อตรงกลางนี้ ได้แก่ ทศนคติ กฎ ความคาดหวังหรือข้อสันนิษฐาน

ความเชื่อตรงกลางนี้พัฒนามาจาก ความเชื่อแกน และมักไม่พูดออกมาเป็นคำพูดที่ชัดเจน ฉะนั้นแนวทางในการรักษาขั้นแรกจะจัดการกับความคิดอัตโนมัติ

3.3.3 ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดค่อนข้างไม่มีเหตุผลและไม่ตรงกับความจริง หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นความคิดบิดเบือน (Distorted thinking หรือ Cognitive distortions หรือ Cognitive errors) ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นในปัญหาความคิดที่บิดเบือน ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยค้นหาหรือจับความคิดอัตโนมัติของตนได้ แล้วประเมินว่ามีผลเสียอย่างไร แล้วจึงเปลี่ยนแปลงความคิดนั้นเพื่อที่จะทำให้อารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางด้านร่างกายที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ปกติ แบบแผนความคิดทั้งสามแบบ มีความสัมพันธ์กัน ดังแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของความคิด ความเชื่อ กับการตอบสนองหรือผลของความคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาการตอบสนอง (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck; 1995; Grant et al. 2004)

3.4 หลักของการรักษา

เป้าหมายของการรักษา คือ การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) โดยเปลี่ยนแปลงความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic beliefs) และกรอบความคิด (schema) ในการรับรู้โลก ประสบการณ์ชีวิต การคาดการณ์ในอนาคต และปรับพฤติกรรมการตอบสนองที่เหมาะสมผู้รักษาจะมีบทบาทมาก ไม่เฉยเฉย และทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์เหมือนจิตบำบัดอื่น แต่จะมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาในปัจจุบัน ให้ลำดับความสำคัญที่ถูกต้องของปัญหา ให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง (cognitive distortion) ของตนโดยใช้การตั้งคำถาม ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง cognition ของตน ฝึกทักษะที่สำคัญ และการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบ สิ่งที่ได้เรียนรู้ความคิดที่บิดเบือนของตนในแต่ละครั้งของการรักษา

ระยะเวลาของการรักษาประมาณ 4-20 ครั้งผู้รักษามีคุณสมบัติเหมือนนักจิตบำบัดทั่วไป คือ อ่อนน้อม (warmth) จริงใจ (genuine) เข้าใจ (empathy) มีอารมณ์ขัน (humor) และไม่ตัดสิน (non-judgmental attitude) สิ่งสำคัญในการรักษา คือ การมีแนวคิดที่ชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้รักษาควรตอบได้ว่าอะไรคือความผิดปกติหลักของความเชื่อเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละราย และโรคนั้น ๆ อะไรที่เป็นจุดอ่อน และความเครียดแบบไหนที่ส่งผลต่อจุดอ่อนของผู้ป่วยจนเกิดอาการป่วยขึ้นและผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร

3.5 โปรแกรมการรักษา

การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงความเชื่อที่ไม่มีประโยชน์ (dysfunctional beliefs) ทำได้โดยให้ผู้ป่วยทำการบันทึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นความคิดของเขาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที (automatic thought) และสมมุติฐานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร ผู้รักษาจะแนะนำให้ผู้ป่วยคอยบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติโดยเฉพาะความคิดที่นำไปเกิดความรู้สึกในด้านลบ ผู้ป่วยจะถูกสอนให้คิดหาเหตุผล หรือคำอธิบายเพื่อโต้แย้งกับความคิดด้านลบดังกล่าว ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยและผู้รักษาจะทบทวนถึงความเกี่ยวข้องของความคิดอัตโนมัติ กับความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดที่ไม่สมเหตุผลจะถูกค้นพบโดยผู้ป่วย และเปลี่ยนแปลงเกิดการให้นิยามใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งก็คือการแก้ไขความคิดอัตโนมัติ การบ้านเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาเพราะผู้ป่วยต้องทำด้วยตนเองมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาเห็น cognitive ที่ผิดปกติของตน เห็นความเกี่ยวข้องของความผิดปกติที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้กระทำการรักษาตนเองได้

3.6 เทคนิคทั่วไปที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) (Joyce, 1996)

3.6.1 การกำหนดการ (Set agenda) ในแต่ละครั้งที่มีการพบปะกัน ช่วยให้ผู้ป่วยทราบว่าแต่ละครั้งจะมีกำหนดการร่วมกันว่าจะพูดคุยกันเรื่องอะไรบ้าง ทำให้ผู้ป่วยไม่หลงทาง

3.6.2 การนำไปสู่การค้นพบ (Guided discovery) เป็นการใช้คำถามที่ทำให้เกิดข้อสรุป ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดความเชื่อที่ผิดปกติ หรือค้นหาความคิดอัตโนมัติตนเอง

3.6.3 การสรุป (Summarizing) การทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นในแต่ละ session โดยผู้บำบัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการใช้เทคนิคเฉพาะ ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของที่เกิดขึ้นจากการบำบัด

3.7 การใช้เทคนิค CBT ในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

3.7.1 Socialization เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วย เริ่มรู้จัก Cognitive model และเตรียมให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่า การรักษาจะดำเนินไปอย่างไร (ยุทธนา งามอาจสกุลม้น, 2548; Wright et al., 2009)

3.7.2 Normalization เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไป (ยุทธนา งามอาจสกุลม้น, 2548; Wright et al. 2009)

3.7.3 A-B-C Technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แปร่ง โดย A คือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือความเชื่อหรือความคิด (Belief) C คืออารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional Consequence) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรเกิดขึ้นแล้วทำให้อารมณ์แปร่ง (ยุทธนา งามอาจสกุลม้น, 2548)

3.7.4 Evidence counter evidence technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่าง ๆ ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้น ๆ (ยุทธนา งามอาจสกุลม้น, 2548)

3.7.5 Alternative explanation technique เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่ (Wright et al., 2009)

3.7.6 Behavioral attribution technique เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วย

3.7.7 Thought stopping ใช้ในผู้ป่วยซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ (a bell going off) เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์ (dysfunctional) (Stuart, 1998; Chan & Leung, 2002) โดยสอนผู้ป่วยในการทำหายความคิดที่รบกวน (disturbed thought) เมื่อมีความคิดหลงผิดเกิดขึ้น เขาสามารถพูดว่า “หยุด” กับตัวเอง หรือถามความคิดเพื่อให้ไปทางไกลกับตนเอง เพื่อที่จะหยุดความคิดในแง่ลบที่ไม่ดีต่อตนเอง

3.7.8 Rational responding เป็นการตอบสนองอย่างมีเหตุผล หมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะหรือระบุอย่างถูกต้องในเนื้อหาของเสียง และเกี่ยวกับการรู้คิด และนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือกอื่น ๆ (Kingdon & Turkington, 1991; Kingdon et al, 1994) เช่น การถามเพื่อการบรรยายใดอะไรเกี่ยวกับเสียง และเนื้อหาความคิดว่ามีการก่อกรวนเขา และพฤติกรรมของเขา เช่นเดียวกับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความคิดและเสียง เพื่อขยายไปสู่ทางเลือกของการตอบสนองต่ออาการทางจิตเป็นต้นว่าการไม่ใส่ใจในเสียง หรือการตกลงใจร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้บันทึกเนื้อหาของเสียง ความคิด และความคิดที่สัมพันธ์กัน โดยใช้บันทึกประจำวัน อธิบายการตอบสนอง การรู้คิด เน้นที่ความรู้สึกที่มีต่อประสาทหลอน หลงผิด เช่น กลัวหรือสุขสบายโดยช่วยให้ระบุทางเลือกอื่น ๆ ในการตอบสนองได้

3.7.9 Distraction technique เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้นว่า การฟังดนตรีถูกใช้เพื่อสกดกัน sub vocalization ที่สามารถนำไปสู่การหยุดยั้งการมีประสาทหลอนได้ (Bental et al, 1994; Persaud & Mark, 1995; Haddock et al, 1996 cited in Chan & Leung, 2002) โดยเน้นที่กิจกรรม เช่น การฟังดนตรี หรือ ออกกำลังกาย (กิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย) เมื่อเขามีหิวแล้ว

3.7.10 Belief modification/Modifying beliefs ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขความเชื่อ เช่น เกี่ยวกับการมีหิวแล้ว เหตุผลเบื้องหลังเรื่องนี้คือคุณแรงของความเชื่อหรือการตีความของสิ่งที่ได้ยินสาเหตุของทุกข์ใจ (distress) ที่สุดของบุคคล การปรับเปลี่ยนความเชื่อเหล่านั้นสามารถลดความทุกข์ใจที่เกี่ยวข้อง (Kingdon & Turkington, 1991; Bental et al, 1994; Chadwick & Brichwood, 1994; Garety et al.; Haddock et al, 1996 cited in Chan & Leung, 2002) การช่วยเหลือให้เข้าใจ (realize) ว่าหิวแล้วที่เขามีนั่นไม่เป็นจริง ขณะที่คนอื่นไม่ได้ยินเสียงการถามโดยใช้คำถามเชิงตรรกะ เป็นเทคนิคหนึ่งที่มีประโยชน์ในการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่ง Beck (1955) และ Menton et al. (1987) เสนอว่า การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการทดสอบการเข้าใจ การทดสอบความจริงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความเชื่ออย่างมาก (conviction) ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อที่หลงผิด การช่วยเหลือนี้รวมถึงการช่วยให้ได้คำถามในหลักฐานภายใต้ความเชื่อของเขา และเพื่อจัดประสบการณ์ทางพฤติกรรม เพื่อทดสอบความเป็นจริงของหลักฐานตามความเชื่อของเขา (Chadwick & Lowe, 1990) เช่น ถ้ามีประสาทหลอน ให้เขารู้จักความจริงที่ว่ามันสามารถทำให้ตกใจ แต่ไม่ต้องตอบสนองต่อมันเหมือนกับมันเป็นจริง หรือหลีกเลี่ยงการพูดโต้ตอบกับเสียงนั้น

3.7.11 Reality testing เป็นการช่วยผู้ป่วยในการระบุความคิดที่ผิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เน้นพฤติกรรมปัจจุบัน (current behavior) มากกว่าพฤติกรรมหรือประเด็นในอดีต ช่วยเหลือ ให้สนใจความเป็นจริง ในการสื่อสารทุกอย่างส่งเสริมให้เขาพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง หลีกเลี่ยงการฟังที่ยืดยาวหรือเรื่องที่สับสนที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงเป็นการพูดคุยโดยตรงสำหรับเหตุการณ์นี้ และเดี๋ยวนี้ (here and now) (Chan & Leung, 2002)

3.7.12 Activity scheduling and detail planning เป็นการจัดรายการกิจกรรม หรือโครงสร้างประจำสำหรับผู้ป่วยและรายละเอียดของแผนกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งสนใจในความเป็นจริงเท่าๆกับการสร้างแรงจูงใจ (Haddock et al, 1996 cited in Chan & Leung, 2002) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ระบุกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง ที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนดโดยตัวเขาเอง เพื่อการยอมรับว่ามีความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และสร้างขึ้นในแบบค่อยเป็นค่อยไปที่ละขั้น (gradual steps) ว่าเขาสามารถทำได้ (Hogg, 1996. cited in Chan & Leung, 2002)

3.7.13 Relapse prevention strategy การป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เป็นการประเมินปัจจัยหรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดหลัก ๆ ที่ทำให้เกิดการเพิ่มของอาการทางจิต หรือแม้แต่อารมณ์นำ (preceeding symptom) (Haddock et al, 1998) สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วยการแนะนำสิ่งใหม่เกี่ยวกับวิธีการ

ทางความคิดและพฤติกรรม ใช้สำหรับการวางแผนส่วนบุคคลเพื่อป้องกันอาการกำเริบและพัฒนาวิธีการจัดการความไม่สามารถในทางสังคมในอนาคต โดยการสอนผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อลดอาการทางจิต การพิจารณาแยกแยะสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต และสอนวิธีเผชิญความเครียด (Tarrier, 1993; Fowler et al, 1995)

3.7.14 Copping strategy enhancement (CSE) เป็นกลวิธีการส่งเสริมการเผชิญปัญหาและพัฒนากระบวนการเผชิญปัญหา เพื่อลดผลของอาการด้านบวกและอารมณ์ด้านลบจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ CSE มีอาการหลงผิดประสาทหลอนและระดับความวิตกกังวลดีขึ้น (Tarrier et al., 1993; Drury et al., 1996; Kuipers et al, 1997; Tarrier et al, 1998)

3.7.15 Homework เป็นการมอบหมายให้ทำการบ้าน ใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีการศึกษาสามารถเขียนการบ้านได้ การมอบหมายการบ้านเป็นการเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย การบ้านที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสให้ความรู้แก่ตัวเอง ได้รวบรวมข้อมูลความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับตนเอง มีโอกาสตรวจสอบดัดแปลงแก้ไขความคิดความเชื่อของตนเอง

3.7.16 Feedback การสะท้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้าน ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดใช้กระบวนการนี้ ประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัด เป็นส่วนสำคัญที่จะได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการบำบัด และผู้บำบัดเองจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย ดังนั้นก่อนสิ้นสุดการบำบัดทุกครั้งควรใช้เทคนิคนี้

3.8 ระยะของจิตบำบัดโดยทั่วไป แบ่งเป็น 4 ระยะ (Sperry et al, 2003) ได้แก่

3.8.1 Engagement phase ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการบำบัด ตลอดจนให้มีแรงจูงใจ และความพร้อมในการบำบัด

3.8.2 Assessment เป็นระยะของการประเมิน specific maladaptive behavior ประเมินทั้งด้านการรู้คิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavior) ที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสม

3.8.3 Intervention เพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง รูปแบบของการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมให้มีรูปแบบความเหมาะสมมากขึ้น

3.8.4 Maintenance and Terminal phase เป้าหมายคือให้คงไว้ซึ่งรูปแบบการปรับตัวที่เหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือกำเริบ

3.9 ภาพรวมของวิธีการบำบัดทั่วไปสำหรับผู้เจ็บป่วยรุนแรงทางจิต (เช่น ผู้ที่มีอาการทางจิตที่ติดต่อการรักษาด้วยยา อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า แมเนีย ปัญหาการนอนความคิดฆ่าตัวตาย และสิ้นหวัง เป็นต้น) (Wright et al, 2009) ดังนี้

37

วิธีการที่ใช้บ่อยหรือจุดเน้นในการบำบัด CBT สำหรับผู้เจ็บป่วยรุนแรงทางจิตได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการบำบัด (Optimize the therapeutic relationship) 2) การทำให้เป็นธรรมดาและลดการตี

ตรา (Normalize and Destigmatize) 3) การให้ความรู้หรือสุขภาพจิตศึกษา (Provide Psychoeducation) 4) การปรับความคิดอัตโนมัติ (Modify automatic thought) 5) การใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม (Implementation behavioral strategies) 6) การปรับเปลี่ยนความเชื่อแกน (Modifying core beliefs) หรือแบบแผนความคิด 7) การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสมาธิและความผิดปกติของความคิด (Address problem with concentration and thought disorder) 8) การส่งเสริมความเหนียวแน่นต่อการรักษา (Enhance adherence) 9) การบำบัดปัญหาการเสพยาเสพติดหรือการนำไปใช้ในทางที่ผิด (Treat comorbid substance abuse or misuse) 10) การสร้างทักษะในการป้องกันอาการกำเริบ (Built skill for relapse prevention)

3.10 วิธีการบำบัดแบบ CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Hansen et al., 2007) มีดังนี้

3.10.1 Assessment โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความคิดของเขาเกี่ยวกับประสบการณ์ โดยมีผู้บำบัดคอยรับฟังอย่างใส่ใจ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยทั้งแบบจำเพาะเจาะจงและการประเมินทั่วไปมีประโยชน์เพื่อเป็นการติดตามผลการบำบัดตามโปรแกรมและทราบผลการประเมินในผู้ป่วย ดำเนินการโดยการเขียนแผนผัง (Diagram) เนื้อหาสาระทางความคิดเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตที่สับสน (chaotic lifestyle) ของผู้ป่วยการระบุสาเหตุและการคงอยู่ (maintenance) ของอาการผู้ป่วยจะสามารถนำมาเป็นข้อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางที่ดีขึ้นหรือไม่

3.10.2 Engagement stage ในเบื้องต้นผู้บำบัดจะตกลงบริการกับผู้ป่วยว่าการบำบัดจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไรบ้าง (เช่น ความปลอดภัย การขอความร่วมมือในการค้นหาสาเหตุของความทุกข์ตลอด การบำบัดจะเน้นการใช้คำถามเชิงเหตุผลหรือตรรกะ เป็นต้น) ในที่นี้รวมถึงการดึงเอาความเข้าใจของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ของผู้ป่วยออกมา ซึ่งเป็นลักษณะความเข้าใจเฉพาะบุคคลได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ การแสดงออกของความยึดหยุ่นทางความคิด และรูปแบบความเปราะบางต่อความเครียด (A Vulnerability-Stress Model) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจว่าความเปราะบางต่อความเครียดเป็นแนวคิดที่ไม่หยุดนิ่งมีอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น จากเหตุการณ์ในชีวิต กลไกการเผชิญปัญหา การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เป็นต้น โดยผู้บำบัดจะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าความคิดความเชื่อของเขาหรือเธอในปัจจุบันไม่ใช่ความคิดรวบยอดทั้งหมด แต่การอธิบายที่มีประโยชน์หรือความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลสามารถพัฒนาขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของผู้บำบัดและผู้ผู้ป่วยภายใต้บรรยากาศการบำบัดที่อบอุ่น ความจริงใจ ความมีอารมณ์ขัน และความเข้าใจ

3.10.3 A-C-B Model ซึ่งพัฒนาโดย Ellis and Harper สามารถใช้เพื่อให้แนวทางแก่ผู้ป่วยจัดการกับประสบการณ์ที่สับสน ซึ่งเป็นไปอย่างซ้ำ ๆ และเคลื่อนไปตลอดทุกขั้นตอนที่ใช้คำถามเชิงตรรกะ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขาที่ยึดถืออยู่ ดังนี้

3.10.3.1 ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเข้มข้นของความทุกข์ อยู่บนฐานคะแนน 1-100 คะแนน

3.10.3.2 ผลที่เกิดขึ้น (C) ถูกประเมินและแบ่งเป็นด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Cs)

3.10.3 ผู้ป่วยให้คำอธิบายว่า อะไรเป็นเหตุการณ์กระตุ้น (A) ที่ดูเหมือนเป็นสาเหตุของ C และผู้บำบัดมั่นใจว่าเหตุการณ์ที่เป็นจริงไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและตีความ ผู้บำบัดทำการสะท้อนกลับ เพื่อการยอมรับความเชื่อมโยง ของ A กับ C

3.11 วิธีการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด (Wright et al., 2009)

3.11.1 กระบวนการพื้นฐานมีดังนี้

3.11.1.1 การสร้างความผูกพัน (Engagement) การทำให้ตกลงใจเข้ารับการบำบัด และการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีจะมีผลต่อความคิดหวาดระแวงของผู้ป่วย เมื่อผู้บำบัด engage ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพในขั้นตอนนี้ของการบำบัดด้วย CBT ทำให้ผู้ป่วยเริ่มเกิดความไว้วางใจผู้บำบัด และความคิดหวาดระแวงของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่นหรือต่อโลกโดยทั่วไปมักจะลดลง

3.11.1.2 การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินแบบผสมผสานที่ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันทั้งทางกายและทางจิต ประวัติครอบครัว ส่วนตัว ความเสี่ยง สภาพแวดล้อม การตรวจสภาพอาการทางจิต พัฒนาการของอาการและประสบการณ์ชีวิต และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตรวจสอบซ้ำของสมมุติฐานและความคิดความเชื่อ เช่น รายละเอียดที่เชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมวิธีการที่นำสู่ความสำเร็จเช่นการทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย การใช้ภาษาง่าย ๆ การตั้งอยู่บนความมั่นคงและข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ การใช้คำถามเปิดตั้งใจฟัง ไม่ด่วนสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่พูดหรือได้ยิน การสร้างเหตุผลของการทำงานร่วมกันว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์เป็นสิ่งจำเป็นในช่วงของการเกริ่นนำ เป็นต้น

3.11.1.3 Formulation เป็นกระบวนการสร้างเหตุผลของปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยกระตุ้นปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่อย่างต่อเนื่อง และปัจจัยปกป้อง โดยการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมภายใต้บริบทของสังคม ประสิทธิภาพของ Formulation จะเป็นการกำหนดทิศทางของการบำบัดที่เฉพาะเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดหลงผิด

3.11.1.4 การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalization) ช่วยลดการตีตราของการเจ็บป่วยทางจิตเวช ส่งเสริมความร่วมมือในสัมพันธภาพ และการเผชิญปัญหา

3.11.1.5 การให้ความรู้หรือสุขภาพจิตศึกษา (Educating/Psychoeducation) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยของเขายอมรับการแทรกแซง/การบำบัด และการเรียนรู้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการ

3.11.2 การอภิปรายความคิดหลงผิด (Discussing Delusions)

ในระหว่างกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เป็นไปได้มากที่ผู้ป่วยจะพูดถึงความคิดหลงผิดของเขา และด่วนสรุปโดยไม่มีหลักฐานประโยชน์ของ CBT คือสามารถขยายการอธิบายของลักษณะความคิดหลงผิดของผู้ป่วยได้โดยการพยายามอธิบายความคิดความเชื่อในทิศทางอื่น ๆ ที่เป็นไปได้และมีหลักฐานที่แท้จริงสนับสนุน

3.11.3 การปรับเปลี่ยนความคิดหลงผิด (Modifying Delusions) ได้แก่

3.11.3.1 การตรวจสอบหลักฐาน กระบวนการตรวจสอบหลักฐานเป็นแกนของ CBT approach เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดหลงผิด บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยพบว่ามันง่ายในการเริ่มต้นการค้นหาหลักฐานสำหรับความคิดหลงผิดว่าทำไมพวกเขาจึงเชื่อมั่นเช่นนั้น หรือแม้แต่ในเวลาผู้ป่วยระบุนายละเอียดที่สำคัญในการรับรู้ที่ดูเหมือนว่ามีหลักฐานที่น่าเชื่อถือมากสำหรับผู้ป่วย ความพยายามในการค้นหาหลักฐาน สำหรับความคิดหลงผิดจะช่วยให้เปิดเผยข้อเท็จจริงของการคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่เป็นจริง ด้วยเหตุนี้การเขียนรายละเอียดของหลักฐานความคิดหลงผิด เป็นข้อมูลที่มีค่าสำหรับผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้วางแผนการบำบัดผู้ป่วยได้

บางครั้งผู้ป่วยอาจมีการยืนยันหลักฐานผิดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น การถูกนำมาอยู่โรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ดูเหมือนจะมีเหตุผลว่ามีคนสมคบคิดต่อต้านเขา การเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น การรบกวนหน้าที่ทางเพศ หรือการหลั่งน้ำนมจากการเพิ่มระดับ prolactin อาจนำไปสู่ความเชื่อที่ว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเพศ หรือฤทธิ์ของยาทำให้วงนอนอาจส่งเสริมความคิดที่ว่าเป็นการส่งกระแสดิจของมนุษย์ต่างดาวที่รบกวนจิตใจ เมื่อการอ้างเหตุผลเหล่านี้สนับสนุนความเชื่อที่หลงผิด ผู้บำบัดจะต้องใช้ Guided discovery และ Psychoeducation เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปรากฏการณ์ที่มีเหตุผลกว่า

ในการพัฒนาหลักฐานคัดค้านความเชื่อที่หลงผิดของผู้ป่วย ผู้บำบัดต้องมีการใช้คำถามเชิงตรรกะ และใช้ขั้นตอน CBT อื่น ๆ ในการสนับสนุนความถูกต้องของการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) การให้แบบฝึกการบ้านที่หลากหลายเพื่อเป็นการรวบรวมหลักฐานมีความจำเป็นอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไวต่อสิ่งกระตุ้น (sensitive) หรือเปราะบาง (fragile) กระบวนการรวบรวมหลักฐานสำหรับคัดค้านความคิดหลงผิดจำเป็นต้องใช้คำถามอย่างนุ่มนวลแทนการรวบรวมที่ขัดแย้งและการเขียนหลักฐานลงไป ด้วยเหตุนี้ขั้นตอนการตรวจสอบหลักฐานในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนอาจต้องใช้ความละเอียดเยียบแหลมและค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล

3.11.3.2 การหยิบเอามุมมองที่แตกต่าง (Taking a different perspective) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิดหลงผิดโดยการสมมติให้ผู้ป่วยวางตนเองเป็นเหมือนบุคคลอื่นที่เขาไว้วางใจ เช่น มารดา หรือสามี แล้วให้พิจารณาความคิดความเชื่อของพวกเขาจากมุมมองที่หลากหลาย เช่น ถ้าคุณเป็นคุณแม่ของคุณ คุณจะพูดว่าอย่างไรเกี่ยวกับผู้คนที่อยู่ในโทรทัศน์ซึ่งแสดงถึงการรู้ทุกอย่างเกี่ยวกับคุณ

3.11.3.3 The A-B-C Technique มีประโยชน์ในการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของความเชื่อในพฤติกรรม และเป็นแกนหลักสำหรับการปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอาจมอบหมายการบ้านเพื่อทดสอบความเชื่อ

3.11.3.4 การบันทึกความคิด (Thought record) การบันทึกความคิดอย่างง่าย ๆ บางครั้งเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ในการปรับเปลี่ยนความคิดหลงผิด

3.11.3.5 Schema Modification ผู้ป่วยหลงผิดบางคนมีแบบแผนความคิดที่ซ่อนอยู่เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง การยอมรับ ความสมบูรณ์แบบ ความสามารถรักได้ และความไว้วางใจ อาจเกิดขึ้นและทำให้มีพฤติกรรมที่ผิดปกติดังอยู่ และสิ่งนี้จะเป็เป้าหมายที่มีประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลง เช่น ฉันทัมเหลว ฉันทไม่มีค่า ฉันทมันโง่ ฉันทโดดเดี่ยวอยู่เสมอ ไม่มีใครไว้วางใจได้ อย่างไรก็ตามการศึกษายังมีอยู่อย่างจำกัดในเรื่องผลโดยตรงของการปฏิบัติการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคจิต ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเชื่อเกี่ยวกับตนเองอาจเปลี่ยนไปพร้อมๆกันด้วย การอภิปรายแกนความเชื่อหลักในผู้ป่วยจิตเภทต้องทำด้วยความตระหนักในการเปิดเผยความเชื่อ อย่างเช่น “ไม่มีใครรักฉันทเลย” อาจกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยได้และผู้ป่วยอาจไม่ร่วมมือ และอาจกระตุ้นให้เกิดอาการเพิ่ม

3.12 วิธีการบำบัดด้วย CBT สำหรับอาการประสาทหลอน (Wright et al., 2009)

อาการประสาทหลอน เป็นปัญหาที่พบบ่อยอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เมื่ออาการประสาทหลอนมีการติดต่อรักษอาการทางจิต การบำบัดเฉพาะทางด้วย CBT ได้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และสร้างทักษะการเผชิญสำหรับการจัดการกับอาการ มีวิธีการบำบัดดังนี้

3.12.1 Engaging the patient ก่อนที่จะเริ่มต้นสร้างความเข้าใจและใช้เทคนิคการบำบัด CBT ระยะของ Engaging, Socializing การเพิ่มความไว้วางใจ มีความจำเป็นสำหรับผู้บำบัดการ Engaging และการประเมินอาจต้องทำไปพร้อม ๆ กัน และอาจใช้เวลามากกว่าในการอภิปรายถึงอาการประสาทหลอนสำคัญอยู่ที่ว่าผู้ป่วยจะยอมเปิดเผยเกี่ยวกับการเริ่มต้นได้ยินเสียงเมื่อใดและอธิบายรายละเอียดว่ามันรบกวนกิจกรรมเขาอย่างไร ซึ่ง CBT สำหรับอาการประสาทหลอนตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ (Empathy) การใช้คำถามเปิดเพื่อค้นหาประสบการณ์ของหูแว่วร่วมกันเปรียบเหมือนนักวิทยาศาสตร์สองคนช่วยกันทดสอบสมมุติฐาน เป็นวิธีการเข้าถึงของความร่วมมือที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ โดยหลีกเลี่ยงวิธีการเผชิญหน้า

3.12.2 Evaluating Hallucination เป้าประสงค์หลักในการประเมินลักษณะหรือธรรมชาติของประสาทหลอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปรากฏการณ์ คำถามเชิงตรรกะถูกใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับประสาทหลอนและการอธิบายอย่างมีเหตุผลสำหรับอาการต่อไปการใช้เครื่องมือในการวัดหรือประเมินอาการประสาทหลอน และประเมินปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย อาจมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยด้วย โดยให้ถามครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเกี่ยวกับเสียงแว่ว เช่น 1) เมื่อใดที่ผู้ป่วยได้ยินเสียง ขณะอยู่ในห้องเดียวกันพวกเขา ๆ ได้ยินเสียงด้วยหรือไม่ 2) พยายามค้นหาระบุว่าเสียงอยู่ที่ไหน มาจากแหล่งใด และเขียนไว้ในกระดาษ 3) อาจใช้เทปบันทึก หรือวิธีบันทึกเสียงอื่น ๆ ถ้าเป็นไปได้

3.12.3 Normalizing Hallucination ผู้ป่วยมักไม่ตระหนักว่าการได้ยินเสียงแว่วเป็นประสบการณ์ที่พบได้โดยทั่วไป ด้วยเหตุนี้ จะมีประโยชน์มากในการอธิบายว่า การได้ยินเสียงสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป ผู้บำบัดต้องมีท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย จริใจ สร้างความชัดเจนและมอบหมายการบ้านใน

การทดสอบง่าย ๆ เช่น การอ่านเอกสารความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของเสียงแว่ว และผู้ป่วยอาจทำเครื่องหมายในส่วนที่ตรงกับปัญหาของตนเองไว้ และลองประยุกต์ข้อมูลเหล่านั้นกับชีวิตของตน และถ้าผู้ป่วยถามผู้บำบัดเกี่ยวกับเรื่องราวสาระที่เกี่ยวข้อง ผู้บำบัดควรตอบสนองตรงไปตรงมาตามความจริง ตัวอย่างคำถามที่ช่วยในการประเมิน เช่น เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงผู้หญิงหรือผู้ชาย จำได้ไหมเสียงพูดว่าอย่างไรตั้งแต่ไหน ดังมากหรือน้อยกว่าเสียงคุณ เสียงเกิดขึ้นจากไหน หรือมาจากที่ใด หรืออยู่จุดไหนของห้อง ได้ค้นหาไหม คุณสามารถทำให้มันดังขึ้นได้ไหม คุณได้บอกใครบ้าง แล้วเขาบอกคุณว่าอย่างไร พวกเขาได้ยินด้วยไหม คุณคิดว่าฉันได้ยินด้วยไหม เราจะบันทึกเสียงได้ไหมเพื่อดูว่าเราจะได้ยินเสียงไหมเมื่อเราเปิดฟังอีกที

3.12.4 The patient's explanation for Hallucination เมื่อผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับประสาทหลอนของเขาแล้วจึงค้นหาคำอธิบายเหล่านี้เพิ่มเติมแต่ถ้าผู้ป่วยมีมุมมองว่าไม่ต้องการอภิปรายก็มีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินต่อไปได้การใช้เทคนิค guided discovery การตั้งผู้ป่วยให้อธิบายจากเหตุการณ์ความเป็นจริงในโลกปัจจุบัน และรูปแบบ Medical model จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการของเขาต่อไปได้เช่น เสียงแว่วที่อาจเกิดได้ในคนทั่วไป เมื่อบุคคลมีภาวะสูญเสีย สิ่งสำคัญและเศร้าโศก การอดนอน ประสาทรับรู้บกพร่อง เสียงรบกวนที่ยาวนาน มีประวัติความชอกช้ำเจ็บปวด ภาวะสงคราม ภาวะซึมเศร้ารุนแรง สิ่งเสพติดและโรคลมชักบางชนิดเป็นต้น ดังนั้นการอธิบายและการวางแผนสามารถเปิดเผยองค์ประกอบหลักของความคิดที่ช่วยให้ถึงปัญหาที่เกี่ยวข้อง สร้างคุณค่าในการประเมินความเสี่ยง และเสนอแนะเป้าหมายของการบำบัดได้

3.12.5 Introducing the Basic CBT Model ใน session แรก หลังจากที่ผู้ป่วยตกลงใจในการบำบัด และแสดงถึงการเปิดเผยในการอธิบายประสาทหลอนของเขาแล้วการแนะนำรูปแบบพื้นฐานของ CBT เป็นวิธีจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการและการเผชิญอาการ CBT Model จะช่วยในการอธิบายการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน กลยุทธ์ที่มีประโยชน์อาจยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่ได้ยินเสียงแว่ว แล้ววาดแผนผังปฏิกิริยาโต้ตอบทางอารมณ์และพฤติกรรมลงบนกระดานหรือกระดานขาว แล้วผู้บำบัดอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์กระตุ้น อาการหูแว่ว ความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับเสียง อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการสร้าง Mini-formulation และหลังจากอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบแล้ว ผู้บำบัดสามารถอธิบายถึงวิธีการ CBT ที่สามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้

3.12.6 Generating a Problem List and Target for Treatment ประสิทธิภาพของการบำบัดอาการประสาทหลอนบ่อยครั้งขึ้นอยู่กับกระบวนการระบุการปัญหาที่เกี่ยวข้อง และเป้าหมายที่ต้องการ เช่น ถ้าเป้าหมายคือการลดความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว จะมีการแนะนำการวัดระดับความทุกข์ โดยให้ผู้ผู้ป่วยให้ค่าคะแนนความรุนแรงด้วยตนเอง เช่น จาก 0-10 หรือ 0-100 เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการใช้เทคนิคเฉพาะของ CBT ในการบำบัดประสาทหลอน

3.12.7 Developing Rational Explanation ทักษะที่ความร่วมมือในสัมพันธภาพชัดเจนและผู้ป่วยมีความสนใจเข้าใจในเสียงแว่วมากขึ้น โดยปกติเขาจะเห็นด้วยในการใช้เทคนิค CBT คุณค่าของการบำบัดอยู่ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยการอธิบายการปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อมีเสียงแว่ว โดยใช้เทคนิคการถามเชิงตรรกะการตรวจสอบหลักฐาน การตรวจสอบความเชื่อ โดยการมอบหมายการบ้านในขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนความเชื่อ เป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากในการขยายความคิดสู่การอธิบายในทางอื่น ๆ การสร้างแผนภาพในการอธิบายในทางที่เหมาะสมอื่น ๆ

3.12.8 การบันทึก ไดอะรี่ เกี่ยวกับเสียง เช่น เมื่อใดบ้างที่มีเสียงแว่ว ขณะนั้นทำอะไรอยู่ เสียงที่ได้ยินดังแค่ไหน ความรู้สึกขณะนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งการรับรู้เข้าใจแบบแผนที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่กลยุทธ์การเผชิญปัญหาต่อไป

3.12.9 Building Coping Strategies การสร้างกลยุทธ์การเผชิญกับเสียงแว่ว ได้แก่

Distraction เช่น การฟังดนตรี การทำงานอดิเรก การเล่นเกมส้อมพิวเตอร์ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย การร้องเพลง เป็นต้น

Focusing เช่น การตอบสนองอย่างมีเหตุผลการจินตนาการในทางบวก การฝึกสมาธิ เป็นต้น

Schematic/Matocognitive เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิด การยอมรับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น (2548) รายงานการศึกษา จากการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท 4 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทดสอบว่า การบำบัดด้วย CBT สามารถใช้ในผู้ป่วยไทยได้ โดยการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภท รายบุคคล จำนวน 4 ราย จำนวนครั้งที่ทำคือ 10, 13, 14 และ 16 ครั้งตามลำดับ ครั้งละ 15-60 นาทีพบว่า ได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งหมดมีอาการดีขึ้น ทุกรายยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นจิตเภท และยอมรับร่วมมือในการรับประทานยา และติดตามการรักษา

บุญเรือง ร่วมแก้ว (2552) ได้ทำการศึกษาการบำบัดด้วย CBT สำหรับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 คนประเมินผลหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยแบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า หลังบำบัดผู้ป่วยทั้งหมด มีการบันทึกการยึดมั่นในความคิดหลงผิด และระดับความรุนแรงของอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความคิดของผู้ป่วยลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมกว่าเดิมทั้งหมด

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนมาเป็นเวลานาน และมีรายงานผลการศึกษาออกมาอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Turkington D. et al., (2002) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วย CBT แบบสั้นในผู้ป่วยจิตเภทหน่วยบริการทุติยภูมิ เป็นการวิจัยแบบปฏิบัติการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (A pragmatic randomized control trial) ทั้งผู้ป่วยและ

ผู้ดูแล จะได้รับการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่ม ได้กลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการทุดียูมิ จำนวน 422 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้นในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทหน่วยบริการทุดียูมิ เปรียบเทียบกับการดูแลปกติ การบำบัดด้วย CBT ในกลุ่มทดลองทุกระยะของการบำบัดจะเป็นแบบสั้น ประกอบด้วย Assessment and engaging, Developing explanations, Case formulation, Symptom management, Adherence, Working with core belief and relapse prevention พบว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT ดีขึ้นทั้งหมดในเรื่องอาการ (symptomatology) การหยั่งรู้ (insight) และภาวะซึมเศร้า (depression)

Pinkam et al. (2004) ได้ทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนำร่อง เพื่อประเมินผลการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ในการรักษาอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการหูแว่ว 11 คน ชาย 8 คน หญิง 3 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้การบำบัดด้วย CBT ร่วมกับการดูแลปกติ กลุ่มที่ 2 ให้การปรึกษาประคับประคองร่วมกับการดูแลปกติ และกลุ่มที่ 3 ให้การดูแลตามปกติอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีการลดลงของความถี่ ความเชื่อ และความชัดเจนของเสียงแว่ว และในระยะติดตามผลในเดือนที่ 3, 6, 9 และ 12 พบว่าการถูกรบกวนจากเสียงลดลงในเดือนที่ 12 ความวิตกกังวลดีขึ้นในเดือนที่ 3, 6 และ 9 ตามลำดับ

Tower (2004) ได้วิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดในผู้ป่วยที่เป็นเสียงสั่ง (cognitive therapy for command hallucinations: CTCH) ในการลดความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงและการปฏิบัติตามเสียง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่ายู่กลุ่มใด (single blind) วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองเพื่อให้เข้ากลุ่ม CTCH และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (Treatment as usual) ประเมินผลหลังการบำบัดและติดตามผล 6 เดือน และ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมปฏิบัติตามเสียงแว่วของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CTCH มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CTCH เท่านั้น แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม ซึ่งยังมีความเชื่อมั่นในอำนาจของเสียงและมีความต้องการที่จะปฏิบัติตาม ระดับความทุกข์และภาวะซึมเศร้าไม่ลดลง และลักษณะทางกายภาพของเสียง (ความถี่ ความดัง เนื้อหาของเสียงแว่ว) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งพบความแตกต่างในระยะติดตามผล 12 เดือน

Valmaggia et al. (2005) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เปรียบเทียบกับการให้การรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเภทที่ต่อต้านการรักษาด้วยยาโรคจิตชนิด Atypical กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 62 คนได้รับการสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การบำบัดด้วย CBT เป็น 3 ระยะคือระยะที่ 1 การสร้างความผูกพันโดยการสร้างสัมพันธภาพและตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Engagement phase) ระยะที่ 2 การกำหนดการร่วมกัน ประเมิน

ปัญหาประสบการณ์ของผู้ป่วย (Secondaryphase) เพื่อเชื่อมโยง อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ใช้เทคนิคเฉพาะอย่างมีเป้าหมายคือเปลี่ยนความเชื่อ เกี่ยวกับเสียงในการลด symptom และ distress และ ระยะที่ 3 ระยะสุดท้าย (The last phase) เพิ่มความมั่นคงและการป้องกันอาการกำเริบ โดยการอธิบายการปรับตัวพบว่า การบำบัดด้วย CBT มีประสิทธิภาพมากกว่า ในด้านลักษณะทางกายภาพของหูแว่ว การเข้าใจและการตีความหมายของหูแว่ว แต่ไม่มีความแตกต่างกันในลักษณะทางอารมณ์

Lucia et al (2005) และ McLeod et al (2007) ได้ศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีหูแว่ว พบว่าผู้เข้าร่วมการทดลองที่ได้รับ CBT มีความสามารถจัดการอาการหูแว่ว รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับพลังของเสียงนั้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

England (2007 cited in Propst, 2011) ได้ทำการศึกษาผลการบำบัดด้วย CBT แบบรายบุคคล โดยบุคลากรทางการแพทย์ ให้กับผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภท และ schizoaffective disorder ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการได้ยินเสียงแว่ว การบำบัดมีจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลามากกว่า 4 เดือน ผลการบำบัดพบว่า คะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 18 และ สัปดาห์ที่ 54 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติเมื่อวัดระดับความภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ด้วยแบบทดสอบ Robson Self-Concept พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีคะแนนในด้านความภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีข้อสังเกตว่า BPRS ประกอบด้วย เครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการประสาทหลอน เป็นตัวแปรที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงของการรักษา ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้แสดงว่า CBT เกี่ยวข้องกับการลดลงในอาการทางจิตเวชโดยรวม ในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่า ลักษณะของเสียงแว่ว (เช่น ความดัง ความถี่ ปริมาณ เนื้อหาของเสียงแว่ว) หรือปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อเสียงแว่ว (เช่น ความทุกข์ การปฏิบัติตามเสียงแว่ว) เป็นผลกระทบจากการรักษาหรือการบำบัดหรือไม่

Thomas, et al. (2010) ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลและการทำนายผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อมาบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนทางหูจำนวน 33 คน ในประเทศออสเตรเลีย วัดผลก่อน-หลัง การบำบัดเกี่ยวกับอาการทางจิต การยอมรับ (insight) ความเชื่อเกี่ยวกับต้นกำเนิดของเสียง และ ความผิดปกติของพุทธิปัญญา (cognitive disorganization) พบว่าหลังได้รับการบำบัด ผู้ป่วยมีคะแนนอาการทางด้านลบ อาการทางด้านบวก และอาการทางจิตทั่วไป ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เกี่ยวกับการยอมรับ ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับต้นกำเนิดของเสียง

Krakovik, et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการบำบัดด้วย CBT ร่วมกับการดูแลตามปกติ (treatment as usual) และกลุ่มควบคุมที่กำลังรอ

เข้ารับการบำบัดด้วย CBT ซึ่งได้รับการดูแลและตามปกติเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น BPRS แบบประเมินอาการทางด้านลบ (Scale for the Assessment of Negative Symptoms: SANS) และแบบประเมินอาการทางจิต (Psychotic Symptom Rating Scale: PSYRATS) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF Scale) ก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และระยะติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีจำนวน 45 คน ผลการศึกษาพบวากลุ่มทดลองหลังการได้รับการบำบัดด้วย CBT จำนวน 20 ครั้ง มีอาการทางจิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งอาการทางจิตโดยรวมที่วัดด้วยแบบประเมิน BPRS อาการหลงผิดซึ่งวัดด้วยแบบประเมิน PSYRATS และการทำหน้าที่ทางสังคม วัดด้วยแบบประเมิน GAF

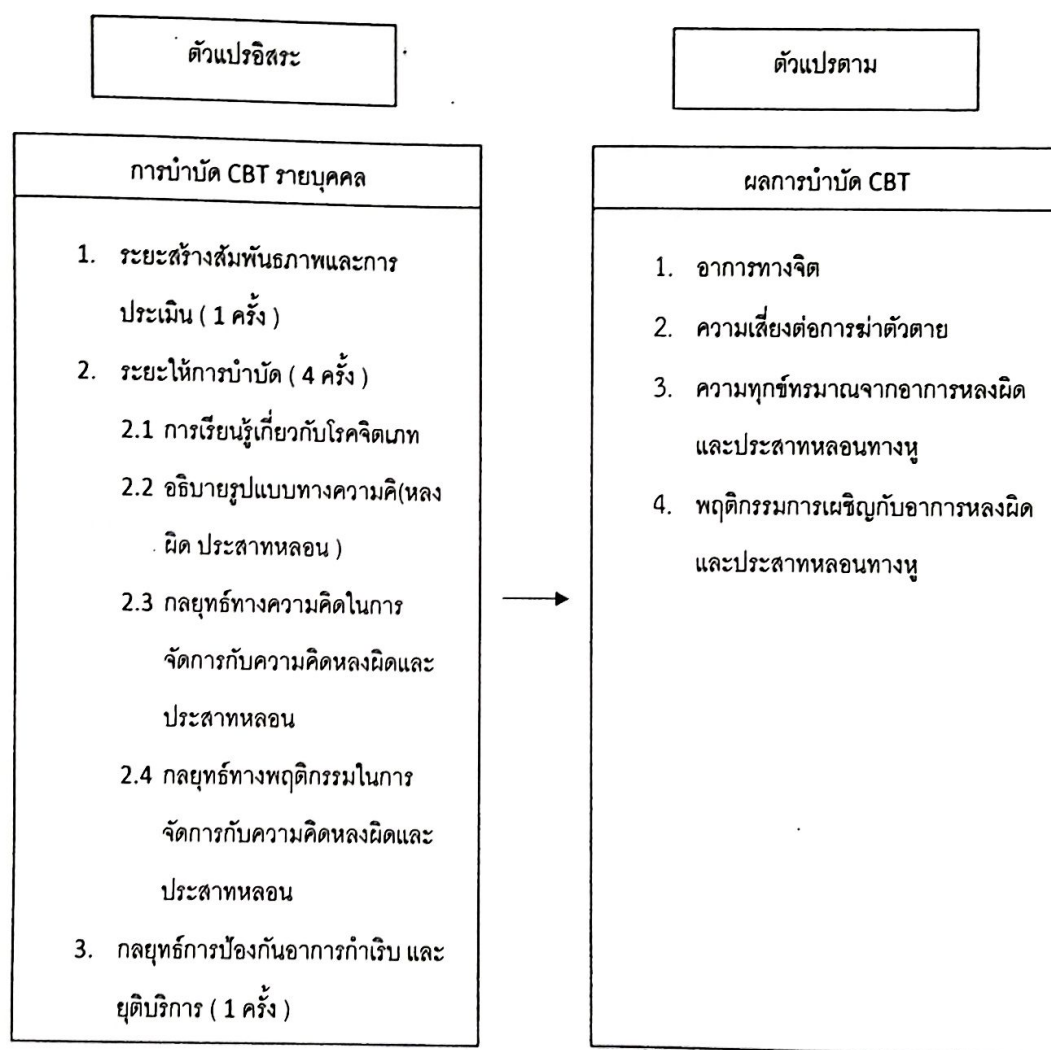
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

อาการประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทโดยมากจะมีความสัมพันธ์กับความคิดหลงผิดที่เป็นเหตุเป็นผลแก่กัน กล่าวคือเมื่อได้ยินเสียงจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทค้นหาความหมายของเสียงอย่างรวดเร็วเพื่อหาคำอธิบายต่อประสบการณ์ที่จะทำให้ความตึงเครียดผ่อนคลายลง แต่การสรุปและการหาคำอธิบายต่อความคิดและประสบการณ์ประสาทหลอนทางหูที่ไม่สมเหตุผล ขาดหลักฐานหรือสรุปโดยขาดข้อมูลที่บ่งถึงความน่าจะเป็น จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล กลัว โกรธ หรือทุกข์ทรมานใจ นอกจากนั้นเสียงแว่วจะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเกี่ยวกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับอาการหลงผิดทำให้เกิดความเชื่อด้านลบต่อตนเองและเกิดการทำนายในด้านลบ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หรือโกรธ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประโยชน์วนเวียนอยู่เช่นนั้นและอาจทำตามเสียงสั่งที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับประสาทหลอนทางหูและความคิดหลงผิดในผู้ป่วยจิตเภทของ เทอร์คิงตันและคณะ (Turkington et al, 2002) เป็นการบำบัดแบบพื้นฐาน CBT ของ เอรอน ที่เบค (Beck, 1979) ซึ่งนำแนวคิดการบำบัดมาจากทฤษฎีปัญญานิยม มีความเชื่อพื้นฐานในความผิดปกติของกระบวนการรับรู้และต่อเนื่องมาสู่กระบวนการคิด เพื่อให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนไม่มีเหตุผลและขาดหลักฐาน ที่จะบ่งชี้ถึงการสรุปความเป็นไปได้ของความคิดหรือความเชื่อที่มีต่อประสบการณ์อาการประสาทหลอนทางหูและความคิดหลงผิด ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและมีความยืดหยุ่น โดยให้ค้นหาและระบุความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อประสาทหลอนทางหูและการหาคำอธิบายที่มีเหตุผล บนหลักฐานที่มีอยู่จริงมีข้อมูลเพียงพอที่จะบ่งชี้ถึงการสรุปความคิดใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงการสรุปความคิดใหม่ทำให้หยุดหรือการลดความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับเสียงที่เกิดขึ้นตามมา ส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ทางบวกหรือลดความวิตกกังวล ลดความทุกข์ทรมานจากความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม และสามารถเผชิญอยู่กับอาการประสาทหลอนทางหูได้

แนวทางการบำบัดด้วย CBT ของเทอร์คิงตัน และคณะ (Turkington et al, 2002) แบ่งเป็น 3 ระยะ มีการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง หรือมากกว่าขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วย คือ ระยะที่ 1 Engagement and Assessment มีจำนวน 1 ครั้ง คือ การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน ระยะที่ 2 Intervention phase มีจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหลงผิดประสาทหลอน การอธิบายรูปแบบทางความคิดเกี่ยวกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน และระยะที่ 3 Maintenance and terminal Phase มีจำนวน 1 ครั้ง คือ การป้องกันอาการกำเริบและยุติบริการ กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังบำบัดทันที และติดตามระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการบำบัด (One-group pre-test, post-test design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อการลดความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์บัญชีจำแนกหาของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) รหัส F20.0 ถึง F20.9 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I. Suicidality ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2558

1.2 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1.2.1 อาการทางจิตสงบ โดยใช้แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) คือ มีอาการความคิดสับสน (P. 2) น้อยกว่า 4 คะแนนคือมีอาการเล็กน้อยลงมา การคิดอยากฆ่าตัวตาย (N. 7) น้อยกว่า 3 คะแนนคือมีอาการขั้นต่ำสุดลงมา และอาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่ (G. 10) น้อยกว่า 2 คะแนน คือไม่มีอาการ (เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมรับการบำบัดด้วย CBT ได้)

1.2.2 มีประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยมีค่าคะแนนจากแบบประเมิน M.I.N.I. Suicidality ของพื้นฐานภาคิตริตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อยขึ้นไป)

1.2.3 ยังมีความคิดหลงผิดและหรือมีประสาทหลอนทางหูในขณะที่เข้ารับการบำบัด

1.2.4 เป็นผู้ที่สามารถอ่านและหรือเขียนภาษาไทยได้ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก สามารถติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดได้เข้าใจ

1.2.5 ร่วมมือในการรับการบำบัด

1.2.6 มีอายุระหว่าง 20–59 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางสมอง และ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงขณะรับการบำบัด หรือมีผลข้างเคียงจากยามาก หรือผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการบำบัดก่อนครบกระบวนการ

2. สถานที่ศึกษา

ศูนย์จิตประภัสร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (เป็นหน่วยงานที่ให้บริการปรึกษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีห้องที่จัดไว้เฉพาะให้การบำบัดในแต่ละประเภท)

3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 การออกแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการบำบัดทันที และติดตามระยะ 1, 3 และ 6 เดือน (One-group pre- test, post-test design)

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 ตัวแปรอิสระคือ การบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล (CBT)

3.2.2 ตัวแปรตาม คือ

- 1) คำนวณน้ำหนักคะแนนอาการทางจิตจากแบบประเมิน PANSS-T ที่ผู้เก็บข้อมูลคือผู้วิจัยประเมินครั้งแรกก่อน และหลังการบำบัดทันที ในระยะติดตามผลประเมินโดยผู้เก็บข้อมูล
- 2) คำนวณน้ำหนักคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน M.I.N.I. Suicide ที่ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้ประเมิน
- 3) คำนวณน้ำหนักคะแนนความคิด/ความเชื่อต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง
- 4) คำนวณน้ำหนักคะแนนความรู้สึก/อารมณ์ที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง

4. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง (Study Intervention) ประกอบด้วย

4.1 โปรแกรมการบำบัด CBT สำหรับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

โปรแกรมการบำบัด พัฒนาจากโปรแกรมการบำบัด CBT แบบสั้นโดยผู้ศึกษาสร้างมาจากการประยุกต์แนวทางการบำบัดด้วย CBT ของ (Turkington et al, 2002) ซึ่งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน CBT ของ Beck (1979) และบนแนวคิดการบำบัด CBT กับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ในผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Grant et al., 2004; Hansen et al., 2007; Kingdon & Turkington, 1994; Wright et al., 2009) และนำไปทดลองใช้ในการบำบัดในปี 2551-2552 แบ่งเป็น 3 ระยะ มีการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง หรือมากกว่าขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้

ระยะที่ 1 Engagement and Assessment มีจำนวน 1 ครั้ง คือ การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน

ระยะที่ 2 Intervention phase มีจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งดำเนินต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การบำบัดครั้งที่ 2 การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหลงผิดประสาทหลอน การบำบัดครั้งที่ 3 การอธิบายรูปแบบทางความคิดเกี่ยวกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน การบำบัดครั้งที่ 4 กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน การบำบัดที่ 5 กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน

ระยะที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปรับตัวและยุติบริการ (Maintenance and terminal Phase) มีจำนวน 1 ครั้ง คือการบำบัดที่ 6 การป้องกันอาการกำเริบ

4.2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการบำบัดด้วย CBT

ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 33 ปี (นับถึง พ.ศ. 2558) จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี 2550 ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ปี เคยได้รับการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 3 วัน วิทยากร คือ รศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอบรมด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอน 2 วัน และการอบรม CBT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 2 วัน โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วย CBT และเป็นอาจารย์ที่ปรึกษานักศึกษาปริญญาโท เรื่องการฝึกปฏิบัติ CBT นอกนี้ยังได้ศึกษาดำรงที่เกี่ยวกับการทำ CBT การบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะและฝึกการบำบัดภายใต้การแนะนำของทั้งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและนักจิตวิทยาชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นเวลา 20 ปี (นับถึงพ.ศ. 2558) จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสนใจในการบำบัดด้วย CBT และผ่านการอบรมการบำบัดด้วย CBT ในหลักสูตรการบำบัดด้วย CBT

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยงานต้นสังกัดจำนวน 3 ครั้ง 5 วัน ในปี พ.ศ. 2554 และหลักสูตรการบำบัด CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและหลงผิดจำนวน 2 ครั้ง 4 วัน ในปี พ.ศ. 2555 และผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเวชภายใต้การนิเทศของอาจารย์วชิณี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วย CBT (พ.ศ. 2555) ร่วมพัฒนาหลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (พ.ศ. 2558) ประสบการณ์การบำบัด CBT บำบัดคนไข้ที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 20 ราย เป็นวิทยากรร่วมสอนหลักสูตรการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ทีมสหวิชาชีพแก่เครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในหน่วยงานต้นสังกัดจำนวน 1 ครั้ง 2 วัน ในปี พ.ศ. 2560 ปัจจุบันปฏิบัติงานในคลินิก CBT ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นเวลา 27 ปี (นับถึง พ.ศ. 2558) จบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตผ่านการอบรม CBT ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยงานต้นสังกัดจำนวน 3 ครั้ง 5 วัน ในปี พ.ศ. 2554 ผ่านการอบรม CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและหลงผิด จำนวน 2 ครั้ง 4 วัน ในปี พ.ศ. 2555

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (Research measurement) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือวัดผลลัพธ์ในการวิจัย ประกอบด้วย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สำหรับผู้ศึกษาใช้บันทึกข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัวเพื่อใช้ประกอบการประเมินผลหรือวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด

5.2 แบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Dysfunctional Thought Record: DTR) แบบบันทึกนี้พัฒนามาจากแบบบันทึก DTR ของ Beck (1979) และผู้บำบัดในคลินิกการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ร่วมพัฒนามาเป็นแบบบันทึกในคลินิก เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

5.2.1 ความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยจิตเภท ใช้ในการวัดระดับการยึดมั่นในความความคิดเชื่อ และความรุนแรงหรือความเข้มข้นของอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีความคิดความเชื่อต่อประสบการณ์หลงผิดและประสาทหลอนทางหูที่เผชิญอยู่นั้น รวมถึงระดับการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ประเมินโดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกความคิดหรือความเชื่อ อารมณ์และพฤติกรรมแล้วให้คะแนนด้วยตนเอง โดยให้คะแนนระดับการยึดมั่นหรือน้ำหนักในความเชื่อในความคิดหลงผิดนั้น และคะแนนระดับความรุนแรงของอารมณ์ที่มีต่อความคิดนั้น จากการเทียบระดับความเชื่อหรือความรุนแรงเป็นคะแนน จาก 0-100 เพื่อใช้ประเมินผลก่อนบำบัดหลังบำบัดทันที และระยะติดตามผล

5.2.2 พฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู เป็นการบันทึกโดยตัวผู้ป่วยเองเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความคิดความเชื่อที่มีต่ออาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนทางหู ทั้งในด้านลบ เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วและระแวงว่ามีคนจะมาฆ่าตนเอง และมีความเชื่อว่าเป็นจริงตามนั้น ในด้านลบผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการหลบหนี หลบซ่อนตัว หรือสะสมอาวุธสำหรับป้องกันตนเอง เป็นต้น ในด้านบวก เช่น ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่เกี่ยวกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูนั้น คิดว่าเป็นอาการของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง สามารถพิสูจน์ได้โดยการสำรวจหาแหล่งเสียงแล้วพบว่าไม่มีใคร ผู้ป่วยก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดความคิดหมกมุ่นกับอาการหูแว่วหลงผิด โดยใช้การออกกำลังกาย หรือเข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น การประเมินในส่วนนี้ใช้สำหรับประเมินผลก่อนบำบัด หลังบำบัดทันที และระยะติดตามผล

5.3 แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome scale ฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome scale; PANSS-T) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) โดยแปลและเรียบเรียงจาก Positive and Negative Syndrome scale (PANSS) ของ Kay, et al (1987) เป็นแบบประเมินระดับอาการทางจิตที่ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประเมินนี้มีจำนวนรายการประเมินกลุ่มอาการทางจิต แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่และ 1 กลุ่มเพิ่มเติม คือ 1) กลุ่มอาการด้านบวก หรือ Positive scale (P) จำนวน 7 ข้อ 2) กลุ่มอาการด้านลบ หรือ Negative Scale (N) จำนวน 7 ข้อ 3) ความรุนแรงของโรคโดยทั่วไป หรือ General Psychopathology Scale (G) จำนวน 16 ข้อ และ 4) กลุ่มเพิ่มเติมคือ Supplementary Items for the aggression risk profile (S) จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการ (absent) 2 คะแนน หมายถึงมีอาการขั้นต่ำสุด (minimal) 3 คะแนน หมายถึงมีอาการเล็กน้อย (mild) 4 คะแนน หมายถึงมีอาการปานกลาง (moderate) 5 คะแนน หมายถึงมีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe) 6 คะแนน หมายถึงมีอาการรุนแรง (severe) 7 คะแนน หมายถึงมีอาการรุนแรงมาก (extreme) ซึ่งผู้ศึกษานำมาใช้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด และใช้ประเมินผลก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และในระยะติดตามผล 1, 3 และ 6 เดือน การให้ค่าคะแนน และการแปลผล PANSS-T มีดังต่อไปนี้

ค่าคะแนน 1 หมายถึง	ไม่มีอาการ (absent)
ค่าคะแนน 2 หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)
ค่าคะแนน 3 หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย (mild)
ค่าคะแนน 4 หมายถึง	มีอาการปานกลาง (moderate)
ค่าคะแนน 5 หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)
ค่าคะแนน 6 หมายถึง	มีอาการรุนแรง (severe)
ค่าคะแนน 7 หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก (extreme)

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่า มีค่าคะแนน P. 2 น้อยกว่า 4 คะแนน N. 7 น้อยกว่า 3 คะแนน และ G. 10 น้อยกว่า 2 คะแนน จึงนำเข้าสู่การบำบัดตามโปรแกรม

5.4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality) โดยพินิจภิกษิตรัตน์ ไพบุลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงและความน่าเชื่อถือในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช พบว่ามีความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมินการฆ่าตัวตายมีข้อความ 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา คำตอบจะมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” แปลผลจากคะแนนรวมดังนี้

- | | | |
|------|-------------|---|
| 1-8 | คะแนน | มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย น้อย |
| 9-16 | คะแนน | มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ปานกลาง |
| 17 | คะแนนขึ้นไป | มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มาก |

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้เป็นประจำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สำหรับประเมินระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัย นำมาใช้ประเมินผลก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1, 3 และ 6 เดือน

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

6.1.1 ผู้วิจัยเตรียมตนเองและผู้ร่วมวิจัย ในการศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรม และฝึกทักษะการบำบัดในการปฏิบัติจริง ประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะในการบำบัดร่วมกัน พร้อมอภิปรายปัญหาอุปสรรคในการบำบัด จนบำบัดได้ตามโปรแกรมในเดือน พฤศจิกายน 2557 (ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย 1 เดือน)

6.1.2 เตรียมผู้ติดตามประเมินผล/เก็บข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้วย CBT จำนวน 4 คน (ไม่ใช่ผู้วิจัย) โดยผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจง อธิบายและชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือ อภิปรายซักถามหากมีข้อสงสัย

6.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

6.2.1 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนดและไม่เคยเข้ากลุ่ม CBT สำหรับบำบัดอาการทางจิตอื่น ๆ ในช่วงที่อยู่รักษานี้ จะได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลหลังการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ และให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเริ่มต้นการบำบัดครั้งที่ 1

6.2.2 ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการทางคลินิก PANSS-T และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ M.I.N.I. Suicide ก่อนเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมและประเมินความคิด อารมณ์และพฤติกรรม สำหรับใบ DTR

จะเริ่มประเมินในช่วงการบำบัดเพื่อประเมินคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู และพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

6.3 **ขั้นตอนที่ 3 สิ้นสุดการทดลอง** เมื่อผู้ป่วยทำการบำบัดครบตามโปรแกรม ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการทางคลินิก PANSS-T, M.I.N.I. Suicide และประเมินใบ DTR หลังการบำบัดเพื่อประเมินคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู และการเผชิญกับอาการหลงผิดประสาทหลอนทางหู มอบหมายการบ้าน และนัดติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

6.4 **ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผล** ประเมินผลการบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน (ไม่ใช่ผู้วิจัย) ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้วย CBT และเป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกดำเนินการติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยประเมินอาการทางคลินิก PANSS-T, M.I.N.I. Suicide และประเมินใบ DTR เพื่อประเมินคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับอาการหลงผิดประสาทหลอนทางหูทั้งนี้ประเมินเมื่อผู้ป่วยมาตามนัด โดยก่อนถึงวันนัดอย่างน้อย 2 วันผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปย้ำการนัดหมายกับผู้ป่วยและญาติ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และค่าคะแนนความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่ออาการหลงผิดตามแบบบันทึก (DTR) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และสำหรับข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

7.2 เปรียบเทียบคะแนน PANSS-T, M.I.N.I. Suicide และ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่ออาการหลงผิด แบบบันทึกทันที (DTR) ระหว่าง ก่อน-หลัง ได้รับการบำบัด และ ในระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน ใช้สถิติสมการประมาณค่าโดยนัยทั่วไป Generalized Estimating Equation: GEE

7.3 ประเมินและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ตามที่ผู้ป่วยระบุ ก่อน และหลังบำบัด และระยะติดตามผล 1, 3 และ 6 เดือน เนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

8. ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา

ระหว่าง เดือนตุลาคม 2557 ถึงตุลาคม 2558 (โดยเริ่มให้การบำบัดผู้ป่วย 10 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมีนาคม 2558 เป็นระยะเวลา 6 เดือน และติดตามผล 6 เดือน โดยติดตามรายสุดท้ายเดือน กันยายน 2558)

9. การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ได้ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาในมนุษย์(ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พิจารณาโครงการได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยหมายเลข 001/2557 เริ่มเดือนตุลาคม 2557 ถึงตุลาคม 2558 คณะกรรมการได้อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยได้

10. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

10.1 ผู้ป่วยอาจขอออกจากกรวิจัยก่อนครบกระบวนการ ดำเนินการแก้ไขโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

10.2 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจบการบำบัด ผู้วิจัยวางแผนจำหน่ายและส่งต่อดูแลต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวังต่อเนื่องถึงชุมชนในงานสุขภาพจิตชุมชน

11.3 กรณีผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการเก็บข้อมูลหรือมีข้อสงสัยผู้วิจัยตอบข้อสงสัยทุกคน

11. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวิจัยตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

11.1 ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการทั้งในด้านวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

11.2 ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและการบำบัดรักษาที่ได้รับ

11.3 ผู้วิจัยจะรักษาความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วยจะมีการแจ้งข้อมูลนี้ให้พยาบาลประจำตึกรับทราบ โดยจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าเพื่อให้ความเห็นชอบ

11.4 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อของผู้ป่วย

11.5 ผู้วิจัยจะตอบข้อคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยจนเสร็จจึงจะให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง การทดลองทันที และติดตามผลหลังการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อการลดความทุกข์ทรมาน และพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การเปรียบเทียบอาการทางจิต การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเปรียบเทียบคะแนนความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเวชที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 10 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี จำนวน 9 คน (อายุเฉลี่ย 35.50 ปี SD=12.35) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 6 คน ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 8 คน อาชีพเกษตรกร จำนวน 5 คน รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 9 คน บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเป็น บุตร จำนวน 5 คน ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 2-4 คน มีผู้ดูแลหลักคือบิดา มารดา จำนวน 7 คน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 1-5 ปี จำนวน 10 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
เพศ	
หญิง	1
ชาย	9
อายุ	
21-30 ปี	3
31-40 ปี	6
41-50 ปี	-
51-59 ปี	1
(อายุเฉลี่ย 35.50 ปี SD = 12.35 ปี)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 10$ คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
สถานภาพสมรส	
โสด	6
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	1
คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)	3
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	1
มัธยมศึกษา	8
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1
อาชีพ	
ว่างงาน	2
เกษตรกร	5
รับจ้าง/ค้าขาย	3
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	9
เพียงพอ	1
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว	
พี่น้อง	2
บุตร	5
สามีหรือภรรยา	3
โรคประจำตัว	
ไม่มี	8
มี	2
จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย	
2-4 คน	10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก	
บิดาและมารดา	7
พี่น้อง	1
สามีหรือภรรยา	2
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	
1-5 ปี	10

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิต

ผลการศึกษาระดับอาการทางจิต ประเมินโดยใช้แบบประเมิน PANSS-T พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด และหลังการบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีระดับอาการทางจิตลดลงตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมเท่ากับ 80.75, 38.20, 35.90, 34.90 และ 34.60 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตด้านบวกเท่ากับ 22.20, 11.80, 8.20, 7.70 และ 7.80 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตด้านลบเท่ากับ 11.50, 8.00, 7.80, 7.60 และ 7.30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ PANSS-T ก่อนการบำบัด หลังบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง (n=10 คน)

อาการทางจิต	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่ามัธยฐาน (median)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
Positive symptoms				
ก่อนบำบัด	14-32	24	22.20	(5.65)
หลังการบำบัดทันที	7-33	8.50	11.80	(8.08)
ระยะติดตาม 1 เดือน	7-13	7	8.20	(1.98)
ระยะติดตาม 3 เดือน	7-12	7	7.70	(1.56)
ระยะติดตาม 6 เดือน	7-12	7	7.80	(1.54)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ PANSS-T ก่อนการบำบัด หลังบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10 คน) (ต่อ)

อาการทางจิต	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่ามัธยฐาน (median)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
Negative symptoms				
ก่อนบำบัด	7-26	11.50	15.50	(8.23)
หลังการบำบัดทันที	7-12	7	8.00	(1.63)
ระยะติดตาม 1 เดือน	7-9	7	7.80	(1.03)
ระยะติดตาม 3 เดือน	7-9	7	7.60	(0.96)
ระยะติดตาม 6 เดือน	7-9	7	7.30	(0.67)
Total PANSS-T				
ก่อนบำบัด	52-125	73.50	80.75	(23.63)
หลังการบำบัดทันที	33-49	37.50	38.20	(5.75)
ระยะติดตาม 1 เดือน	33-44	34	35.90	(3.78)
ระยะติดตาม 3 เดือน	33-43	33.50	34.90	(3.24)
ระยะติดตาม 6 เดือน	33-43	33	34.60	(3.20)

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนบำบัด หลังบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน โดยใช้สถิติสมการประมาณค่าโดยนัยทั่วไป (Generalized Estimating Equation: GEE) พบว่าคะแนนกลุ่มอาการทางด้านบวก อาการทางด้านลบ ความรุนแรงของโรค โดยทั่วไป และคะแนนอาการทางจิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มอาการเพิ่มเติมมีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) ของคะแนน PANSS-T ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1, 3, และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ GEE test (n =10)

ตัวแปร	Median (25 th , 75 th percentile)					p-value
	ก่อนบำบัด	หลังบำบัด	ติดตาม	ติดตาม	ติดตาม	
		ทันที	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	
Positive Scale	24 (17, 26)	9 (8, 11)	7 (7, 9)	7 (7, 8)	7 (7, 8)	<0.001
Negative Scale	12 (9, 26)	7 (7, 9)	7 (7, 9)	7 (7, 9)	7 (7, 8)	<0.001
General Scale	42 (32, 47)	18 (17, 19)	17 (16, 17)	16 (16, 16)	16 (16, 16)	<0.003
Supplementary Items	4.5 (3, 6)	3 (3, 3)	3 (3, 3)	3 (3, 3)	3 (3, 3)	0.997
PANSS - T	77.5 (71, 105)	38 (36, 41)	34 (33, 39)	33 (33, 36)	33.5 (33, 34)	<0.001

p-value < 0.05

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I. Suicidality พบว่าก่อนการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (17 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 7 คน เสี่ยงปานกลาง (9-16 คะแนน) จำนวน 1 คน และเสี่ยงเล็กน้อย (1-8 คะแนน) จำนวน 2 คน หลังการบำบัดทันทีมีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย 7 คน และในทุกระยะที่ติดตามไม่มีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการบำบัด หลังบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง (N=10)

ลำดับ	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน	ติดตาม 6 เดือน
1	34	4	0	0	0
2	17	0	0	0	0
3	7	0	0	0	0
4	4	0	0	0	0
5	31	4	0	0	0
6	19	4	0	0	0
7	17	4	0	0	0
8	25	4	0	0	0
9	13	4	0	0	0
10	31	4	0	0	0

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality) ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติสมการประมาณค่าโดยนัยทั่วไป (Generalized Estimating Equation: GEE) พบว่าก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และในระยะติดตามมีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) ของคะแนน MINI Suicide ก่อนและหลัง ได้รับการบำบัดทันที และในระยะติดตาม 1, 3, และ 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ GEE test (N=10 คน)

ตัวแปร	ค่ามัธยฐาน (median)					p-value
	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน	ติดตาม 6 เดือน	
MINI Suicide	18	4	0	0	0	0.844

$p\text{-value} < 0.05$

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

ผลการศึกษาความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ตามแบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (DTR) พบว่าค่าคะแนนความคิดความเชื่อ และความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดในทุกระยะที่มีการวัดซ้ำ ดังนี้

ด้านความคิดความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออาการหลงผิด ซึ่งสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอนทางหู ส่วนใหญ่เป็นอาการหลงผิดแบบหวาดระแวงว่ามีคนจะมาทำร้าย ได้ยินเสียงคนมาขู่ฆ่า จึงมีความคิดต้องการทำร้ายตนเองก่อนคนอื่นจะมาฆ่าตนเอง อาการหลงผิดอย่างอื่นที่พบคือหลงผิดว่าเป็นคนใหญ่โต เป็นพระอรหันต์ และหลงผิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย และเมื่อให้ผู้ป่วยให้คะแนนเกี่ยวกับความคิดความเชื่อนั้น พบว่าก่อนการบำบัดผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับอาการทางจิตของตนเองอยู่ระหว่าง 60-100 คะแนน และหลังได้รับการบำบัดทันที และทุกระยะที่ติดตามความคิดความเชื่อของผู้ป่วยหมดไป ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนความคิด ความเชื่อที่มีต่ออาการหลงผิดและ ประสาทหลอนทางหูจำแนกตามรายบุคคล

คนที่	ความคิด / ความเชื่อต่ออาการ หลงผิดและประสาทหลอนทางหู	การประเมิน(คะแนนเต็ม 100 คะแนน)				
		ก่อน บำบัด	หลังบำบัด ทันที	ติดตาม 1เดือน	ติดตาม3 เดือน	ติดตาม 6 เดือน
1	1. ระแวงตำราวจับไปประหารชีวิต	95	0	0	0	0
	2. ระแวงมีคนนินทา	90	0	0	0	0
	3. คิดว่าป่วยจิตไร้ค่า ผู้หญิงไม่ชอบ	80	0	0	0	0
2	1. หูแว่ว/ระแวงคนจะมาฆ่า	100	0	0	0	0
	2. ป่วยจิตไม่หายเป็นภาระให้แม่	100	0	0	0	0
	3. เป็นคนไม่ดี แพนทั้ง	100	0	0	0	0
3.	1. หลงผิดว่าการขบถ่ายไม่ปกติต้อง ขบถ่าย 3 ครั้ง/วัน แก้ปัญหาโดย การกินเหรียญหรือลูกแก้วลงท้อง	100	0	0	0	0
	2. คิดว่าลำไส้ผิดปกติ อยากร x-ray ต้องการผ่าเอาออก	90	0	0	0	0
	3. ห้อแท้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยใน ร่างกายอยากตาย	90	0	0	0	0
	4. คิดว่าตนเองไร้ค่าไม่มีงานการ	80	0	0	0	0

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนความคิด ความเชื่อที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูจำแนกตาม
รายบุคคล (ต่อ)

คนที่	ความคิด / ความเชื่อต่ออาการหลง ผิดและประสาทหลอนทางหู	การประเมิน(คะแนนเต็ม 100 คะแนน)				
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัด	ติดตาม	ติดตาม3	ติดตาม
			ทันที	1เดือน	เดือน	6 เดือน
4.	1. กินยาแล้วตัวแข็งต้องตายแน่ ๆ	70	0	0	0	0
	2. แพนยายโรงเรียนตอนอยู่ม.2คิด ว่าตนเองไม่ดีพอ	80	0	0	0	0
	3. หูแว่วคนข่มขู่ฆ่าต้องมีใครมาฆ่าแน่	80	0	0	0	0
	4. คงต้องทำร้ายตนเอง	80	0	0	0	0
5.	1. หลงผิดว่าตนเองเป็นพระอรหันต์/ เป็นเทพ	80	0	0	0	0
	2. คิดว่าการบวชหน้าไฟจะช่วยให้คน ตายได้ส่วนบุญ	80	0	0	0	0
	3. คิดว่าแม่ไม่รัก	60	0	0	0	0
6.	1. คิดระแวงคนจะมาฆ่าจากการที่ ได้รับยินเสียงแว่ว พูดข่มขู่	80	0	0	0	0
7.	1. คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายจากการได้ยิน เสียงแว่วคนเรียกชื่อและสั่งให้ทำตาม	60	0	0	0	0
	2. คิดว่าสามีมีคนอื่น/ระแวงสามีจะมีชู้	80	0	0	0	0
8.	1. คิดระแวงจะมีคนฆ่าเนื่องจากหู แว่วเสียงคนเรียกชื่อ	80	0	0	0	0
9.	1. คิดระแวงว่าตนจะถูกฆ่าเนื่องจาก หูแว่วและเห็นภาพหลอน	90	0	0	0	0
	2. คิดว่ารถต้องถูกยึด	60	0	0	0	0

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนความคิด ความเชื่อที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูจำแนกตาม
รายบุคคล (ต่อ)

คนที่	ความคิด / ความเชื่อต่ออาการหลง ผิดและประสาทหลอนทางหู	การประเมิน(คะแนนเต็ม 100 คะแนน)				
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัด	ติดตาม	ติดตาม3	ติดตาม
			ทันที	1เดือน	เดือน	6 เดือน
10.	1. คิดว่าตำรวจจะมาจับเข้าคุกจริง จากได้ยินหูแว่วคนเรียกชื่อ	100	0	0	0	0
	2. คิดว่ามีคนปองร้ายจะมาเอาชีวิต ตนเองจากการเห็นภาพหลอนเป็นเงา ดำ ๆ เดินผ่านไปมา	100	0	0	0	0

ด้านความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู พบว่า
ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่พบได้บ่อย คือ รู้สึกกลัว วิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ และเสียใจ โดย
ก่อนการบำบัดผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง และให้ระดับค่าคะแนนความรู้สึกหรืออารมณ์อยู่ในช่วง 50-100
คะแนน หลังการบำบัดทันทีที่มีผู้ป่วยจำนวน 2 คน ที่ยังรู้สึกกลัว แต่ระดับคะแนนลดลงอยู่ในช่วง 5-10 คะแนน
และในระยะติดตามผู้ป่วยปฏิเสธเกี่ยวกับความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาท
หลอนทางหูของตนเอง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่อความคิดความเชื่อจำแนกตาม
รายบุคคล (n = 10 คน)

คนที่	ความรู้สึก/อารมณ์ด้านลบ	การประเมิน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)				
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัด	ติดตาม	ติดตาม	ติดตาม
			ทันที	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
1.	1. รู้สึกกลัว	95	10	0	0	0
	2. วิตกกังวล	80	0	0	0	0
	หงุดหงิด	60	0	0	0	0
	เบื่อหน่าย	60	0	0	0	0
	3. รู้สึกท้อแท้	60	0	0	0	0
	รู้สึกเศร้าใจ	60	0	0	0	0
	รู้สึกเสียใจ	50	0	0	0	0
2.	1. รู้สึกกลัว	100	5	0	0	0
	2. วิตกกังวล	90	0	0	0	0
	3. รู้สึกท้อแท้	80	0	0	0	0
	รู้สึกเศร้าใจ	70	0	0	0	0
	รู้สึกเสียใจ	70	0	0	0	0
3.	1. รู้สึกกลัว	100	10	0	0	0
	2. วิตกกังวล	100	5	0	0	0
	3. รู้สึกท้อแท้	80	5	0	0	0
	รู้สึกเบื่อหน่าย	50	0	0	0	0
	รู้สึกรำคาญ	60	0	0	0	0
4.	1. รู้สึกกลัว	80	0	0	0	0
	2. วิตกกังวล	60	0	0	0	0
	3. รู้สึกเศร้าใจ/เสียใจ/น้อยใจ	70	0	0	0	0
	รู้สึกรำคาญ	60	0	0	0	0
5.	1. รู้สึกสุขใจ/พึงพอใจ	80	0	0	0	0
	2. รู้สึกเสียใจ	70	0	0	0	0
	3. รู้สึกเศร้าใจ	70	0	0	0	0

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่อความคิดความเชื่อจำแนกตาม
รายบุคคล (n =10 คน) (ต่อ)

คนที่	ความรู้สึก/อารมณ์ด้านลบ	การประเมิน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)				
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัด	ติดตาม	ติดตาม	ติดตาม
			ทันที	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
6.	1. รู้สึกกลัว	70	0	0	0	0
	2. วิตกกังวล	70	0	0	0	0
7.	1. รู้สึกกลัว	70	0	0	0	0
	2. วิตกกังวล	80	5	0	0	0
	3. รู้สึกหงุดหงิด	80	0	0	0	0
8.	1. รู้สึกกลัว	80	0	0	0	0
	2. วิตกกังวล	80	5	0	0	0
	3. รู้สึกเสียใจ	60	0	0	0	0
	รู้สึกน้อยใจ	80	5	0	0	0
	รู้สึกท้อแท้	60	0	0	0	0
9.	1. รู้สึกกลัว	50	0	0	0	0
	2. วิตกกังวล	60	0	0	0	0
10.	1. รู้สึกกลัว	100	10	0	0	0
	2. รู้สึกวิตกกังวล	100	5	0	0	0
	3. รู้สึกหงุดหงิด	80	0	0	0	0

เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพด้านรายการความคิดความเชื่อ และพฤติกรรมการเผชิญกับ
อาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู พบว่าก่อนได้รับการบำบัดผู้ป่วยทุกคนมีความเชื่อต่ออาการทางจิต
ของตนเองว่ามีความเป็นจริง ซึ่งถือว่าเป็นความคิดความเชื่อและพฤติกรรมทางด้านลบ ส่วนใหญ่มีอาการหลง
ผิดชนิดหวาดระแวงและสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอนทางหู เช่น หูแว่วเสียงผู้ชายจะฆ่าก็คิดว่าจะมีคนมา
ฆ่าจริง ๆ หูแว่วเสียงสัญญาณรถตำรวจก็คิดระแวงจะมีตำรวจจับไปประหารชีวิต เป็นต้น ภายหลังได้รับการ
บำบัดผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้นและมีพฤติกรรมการเผชิญกับ
อาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูเชิงสร้างสรรค์หรือทางด้านบวก เช่น คิดว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการ
ทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง ทุกครั้งที่ได้ยินเสียงจึงใช้การพิสูจน์โดยการสำรวจรอบบ้านค้นหาแหล่ง

ของเสียงซึ่งไม่มีใครจะมาทำร้าย ไม่มีรถตำรวจเข้ามาจับ และที่ผ่านมานานเองก็ปลอดภัยดีมาตลอดไม่เคยถูกทำร้ายหรือมีใครต้องการให้ตนเองเสียชีวิต เป็นต้น ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความคิดความเชื่อต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับการบำบัด (n =10 คน)

คนที่	เหตุการณ์	รายการความคิด/ความเชื่อ	
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที
1	หูแว่วเสียง สัญญาณรถ ตำรวจ	คิดว่าจะมีตำรวจจับ ไปประหารชีวิต	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจรอบบ้านไม่มีรถ ตำรวจ ปลอดภัยไม่เคยถูกตำรวจจับมาก่อน
2	หูแว่วเสียง ผู้ชายขู่จะฆ่า	คิดว่าจะมีคนมาฆ่า	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจรอบบ้านค้นหา แหล่งของเสียงไม่มีใคร -ปลอดภัยไม่เคยถูกคนมาฆ่ามาก่อนหรือขณะได้ยิน เสียงก็ไม่มีใครมาทำร้ายตนเอง
3	หลงผิดว่าการ ขั้วถ่ายไม่ ปกติ(1วัน/ ครั้ง)	คิดว่าการขั้วถ่ายปกติ ต้องขั้วถ่าย 3 ครั้ง/วัน ถ้าไม่อุจจาระต้อง รับประทานเหรียญ/ ลูกแก้วจะช่วยให้การ ขั้วถ่ายเป็นปกติ	-คนปกติขั้วถ่าย 1 ครั้ง/วัน -กระบวนการขั้วถ่ายขึ้นอยู่กับการทำงานของลำไส้ ต้องออกกำลังกายบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีกากใย และย่อยสลาย/ดูดซึมได้ ไม่มีอันตรายต่อร่างกาย เช่น ผักจะช่วยให้การขั้วถ่ายดีขึ้น/ มีปัญหาไปพบแพทย์ได้ -การรับประทานเหรียญ/ลูกแก้ว เป็นอันตรายต่อ ร่างกายมาก ทำให้ท้องผูกหรือลำไส้อุดตันได้
4	หูแว่วคนขู่ฆ่า ตนเอง	คิดว่าต้องมีคนมาฆ่า ตนเอง	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง (ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจรอบบ้านค้นหา แหล่งของเสียงไม่มีใคร)
5	หลงผิดคิดว่า ตนเองเป็น พระอรหันต์/ เป็นเทพ	ตนเองมีพลังวิเศษช่วย คนได้/ช่วยคนตายให้ ได้ส่วนบุญได้	-ตนเองเป็นคนปกติธรรมดา -ช่วยคนที่ตายไปแล้วได้ด้วยการทำบุญอุทิศส่วนกุศลไป ให้

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความคิดความเชื่อต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับการบำบัด (n =10 คน) (ต่อ)

คนที่	เหตุการณ์	รายการความคิด/ความเชื่อ	
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที
6	หูแว่วเสียงคนข่มขู่	คิดว่าจะมีคนมาฆ่า	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง -ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจรอบบ้านค้นหาแหล่งของเสียงไม่มีใคร -ปลอดภัยไม่เคยถูกคนมาฆ่ามาก่อนหรือขณะได้ยินเสียงก็ไม่ถูกทำร้ายเช่นกัน
	เห็นคนพูดคุยกัน	คิดว่ามีคนนินทาตนเองว่าตนเองเป็นคนบ้า	-คนทั่วไปพูดคุยกันเป็นเรื่องปกติ -เขาอาจจะพูดเรื่องอื่นเพราะคนทุกคนต่างมีภาระหน้าที่ทุกคน -เราไม่มีสิทธิ์ไปบังคับใครไม่ให้พูดได้ แต่เราบังคับตัวเราได้
	ได้ยินเสียงแว่วเป็นเสียงคนเรียกชื่อและสั่งให้ทำโน่นทำนี่	คิดว่าจะมีคนจะมาทำร้าย	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง -ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจรอบบ้านค้นหาแหล่งของเสียงไม่มีใคร -ปลอดภัยไม่เคยถูกคนมาฆ่ามาก่อนหรือขณะได้ยินเสียงก็ไม่ถูกทำร้ายเช่นกัน
8	หูแว่วเสียงคนเรียกชื่อหลังนั่งซ้อนมอเตอร์ไซด์เพื่อนแล้วชนเด็กตาย	คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ต้องติดคุกแน่ ๆ และสร้าง ความเดือดร้อนให้พ่อแม่/ คิดว่าจะมีคนจะมาฆ่า	-มันเป็นอุบัติเหตุ -ระวังแล้วแต่ยังชน -เด็กวิ่งผ่านหน้ารถไม่ทันตั้งตัว -ไม่มีเจตนาจะทำร้ายหรือฆ่าเด็ก -คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง -ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจแหล่งของเสียงไม่มีใคร -ที่ผ่านมาขณะได้ยินเสียงก็ปลอดภัยไม่เคยถูกทำร้าย
	หูแว่วเสียงผู้ชายฆ่า	คิดว่าจะถูกฆ่าตายแน่ ๆ เป็นหลานชายที่ไม่สนิท กันจะมาฆ่า	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง -ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจโดยการสำรวจรอบบ้านค้นหาแหล่งของเสียงไม่มีใคร -ปลอดภัยไม่เคยถูกคนมาฆ่ามาก่อนหรือขณะได้ยินเสียงก็ไม่ถูกทำร้ายเช่นกัน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความคิดความเชื่อต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับการบำบัด (n =10 คน) (ต่อ)

คนที่	เหตุการณ์	รายการความคิด/ความเชื่อ	
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที
10	-มีหูแว่วคนเรียกชื่อ	-คิดว่าเป็นเสียงตำรวจจะตามมาจับเข้าคุกจริง	-คิดว่าเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง ทุกครั้งที่ได้ยินพินิจจนโดยการสำรวจรอบ
	-เห็นภาพหลอน	-คิดว่าไม่ปลอดภัย มั่น	บ้านค้นหาแหล่งของเสียงไม่มีใคร
	เป็นเงาดำๆผ่านไป	จะตามมาฆ่าแน่ๆ ถ้าตายไปทุกอย่างคงจบ	-ปลอดภัยไม่เคยถูกคนมาฆ่ามาก่อนหรือขณะได้ยินเสียง
			ก็ไม่ได้ถูกทำร้ายเช่นกัน

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพด้านอารมณ์และความรู้สึกที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าก่อนได้รับการบำบัดผู้ป่วยมีความรู้สึก อารมณ์ (ต่ออาการทางจิตของตนเอง) ด้านลบ เช่น รู้สึกกลัว วิตกกังวล เสียใจ ผิดหวังในตนเอง หงุดหงิด เป็นต้น หลังได้รับการบำบัดผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตของตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกและอารมณ์ทางด้านลบลดลงหรือหมดไป เช่น รู้สึกสบายใจ ไม่กลัว ไม่หงุดหงิด ความกังวลลดลง เป็นต้น ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความรู้สึกและอารมณ์ต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับการบำบัดทันที (n =10 คน)

ลำดับ	เหตุการณ์	ความรู้สึก/อารมณ์	
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัด
1	หูแว่วเสียงสัญญาณรถตำรวจ	รู้สึกกลัว/กังวล	ไม่กลัว กังวลลดลงปลอดภัยสบายใจ
2.	หูแว่วเสียงผู้ชายขู่จะฆ่า	รู้สึกกังวล/กลัว	สบายใจ ไม่กังวล หรือกลัว
3.	หลงผิดว่าการขับถ่ายไม่ปกติ ต้องขับถ่าย 3 ครั้ง/ วัน	รู้สึกกังวล/กลัว	สบายใจ ไม่กลัวแต่ยังมีกังวลเล็กน้อย
4.	หูแว่วคนขู่ฆ่าคิดว่าต้องมีคนมาฆ่าตนเอง	รู้สึกกังวล/กลัว	สบายใจ ไม่กลัว

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความรู้สึกและอารมณ์ต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับการบำบัดทันที (n =10 คน) (ต่อ)

ลำดับ	เหตุการณ์	ความรู้สึก/อารมณ์	
		ก่อนบำบัด	หลังบำบัด
5	หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นพระอรหันต์/ เป็นเทพแต่ไม่มีใครยอมรับ	หงุดหงิด/โกรธ	สบายใจ ไม่หงุดหงิด ไม่โกรธ
6	หูแว่วเสียงคนข่มขู่คิดว่าจะมีคนมาฆ่า คิดว่ามีคนนินทาตนเองว่าเป็นคนบ้า	รู้สึกกังวล/กลัว รู้สึกหงุดหงิด/ รำคาญ/ โกรธ	สบายใจ ไม่กลัว สบายใจไม่หงุดหงิด/ รำคาญ/ โกรธ
7	ได้ยินเสียงแว่วเป็นเสียงคนเรียกชื่อและ สั่งให้ทำโน่นทำนี่คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย	รู้สึกกังวล/กลัว	สบายใจ ไม่กลัว
8	หูแว่วเสียงคนเรียกชื่อหลังนั่งซ้อน มอเตอร์ไซด์เพื่อนแล้วชนเด็กตาย	รู้สึกกังวล/กลัว/เสียใจ/ ผิดหวังในตนเอง	สบายใจ ไม่กลัวไม่เสียใจ/ไม่ กังวล/ไม่เสียใจ/ไม่น้อยใจ ไม่มี ข้อแค้น
9	หูแว่วเสียงผู้ชายขู่ฆ่าและเห็นภาพเงา ดำๆผ่านไปมา คิดว่าจะมีคนมาฆ่า	รู้สึกกังวล/กลัว	สบายใจ ไม่กลัว
10	เห็นภาพหลอนเป็นเงาดำๆเดินผ่าน ไปมาคิดว่าจะต้องถูกฆ่าตายแน่ ๆ หูแว่วคนเรียกชื่อคิดว่าเป็นเสียง ตำรวจตามมาจับเข้าคุกจริง	รู้สึกกังวล/กลัว/หงุดหงิด รู้สึกกังวล/กลัว	สบายใจ ไม่กลัวไม่หงุดหงิด สบายใจ ไม่กลัว

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน (One-group pre-test, post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่ออาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนทางหู ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิด และประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน ณ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้ที่ยังมีความคิดหลงผิดและหรือมีประสาทหลอนทางหูในขณะที่เข้ารับการบำบัด เป็นผู้ที่สามารถอ่านและหรือเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดได้เข้าใจ ร่วมมือในการรับการบำบัด และมีอาการทางจิตสงบ โดยเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน PANSS-T ฉบับภาษาไทยแล้วพบว่ามีอาการความคิดสับสน (P. 2) น้อยกว่า 4 คะแนน คือมีอาการเล็กน้อยลงมา การคิดอย่างตายตัว (N.7) น้อยกว่า 3 คะแนน คือมีอาการขั้นต่ำสุดลงมา และอาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่ (G. 10) น้อยกว่า 2 คะแนน คือไม่มีอาการ

การบำบัดด้วย CBT ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วย เนื้อหาประกอบไปด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน 2) การเรียนรู้เกี่ยวกับโรค จิตเภทและอาการหลงผิดประสาทหลอน 3) การอธิบายรูปแบบทางความคิดเกี่ยวกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน 4) กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน 5) กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน และ 6) การป้องกันอาการกำเริบและยุติบริการ โดยทีมผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การบำบัดประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (DTR) สำหรับผู้ป่วยประเมินตนเอง 2 ด้านดังนี้ 2.1) ความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูใช้ในการวัดระดับการยึดมั่นในความคิดความเชื่อ และความรุนแรงหรือความเข้มข้นของอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีความคิดความเชื่อต่อประสบการณ์หลงผิดและประสาทหลอนทางหูที่เผชิญอยู่ รวมถึงระดับการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเอง จาก 0-100 คะแนน 2.2) พฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู บันทึกโดยตัวผู้ป่วยเองเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกที่เป็นปฏิริยาการตอบสนองต่อความคิดความเชื่อที่มีต่ออาการหลง

ผิด และอาการประสาทหลอนทางหู ทั้งในด้านลบ และในด้านบวก 3) แบบประเมิน PANSS-T ของกรมสุขภาพจิต ใช้ประเมินอาการทางคลินิกและ 4) แบบประเมิน M.I.N.I. Suicide ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เก็บข้อมูลโดย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน ซึ่งได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลทั้งหมด 5 ครั้ง คือ ในระยะก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที ระยะติดตามผล 1, 3 และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และค่าคะแนนความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่ออาการหลงผิด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ สำหรับข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบคะแนน PANSS-T และ Mini suicide ระหว่างก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และในระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน โดยใช้สถิติสมการประมาณค่าโดยนัยทั่วไป (Generalized Estimating Equation: GEE) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรายบุคคลตามโปรแกรมจำนวน 10 คน เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี จำนวน 9 คน (อายุเฉลี่ย 35.50 ปี SD=12.35) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 6คน ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 8 คน อาชีพเกษตรกร จำนวน 5 คน รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 9 คน บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเป็นบุตร จำนวน 5 คน ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน จำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย 2-4 คน ผู้ดูแลหลักคือบิดามารดา จำนวน 7 คน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 1-5 ปี จำนวน 7 คน

2. การเปรียบเทียบระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน PANSS-T พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตหลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนของผู้ป่วยที่ร่วมโครงการลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่าคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการด้วยสถิติ GEE พบว่ากลุ่มอาการทางด้านบวก อาการทางด้านลบ ความรุนแรงของโรคโดยทั่วไป และอาการทางจิตในภาพรวมพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าคะแนนของกลุ่มอาการเพิ่มเติมมีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

3. การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I. Suicidality พบว่าก่อนการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จำนวน 7 คน เสี่ยงปานกลาง จำนวน 1 คน และเสี่ยงเล็กน้อย จำนวน 2 คน หลังการบำบัดทันทีมีความเสี่ยงเล็กน้อย 7 คน และในทุกระยะที่ติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของ

ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และในระยะติดตามมีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

4. ความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้สึกทุกข์ทรมานต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วย ประเมินได้จากแบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (DTR) พบว่าภายหลังได้รับการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่บิดเบือนเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดในทุกระยะที่มีการวัดซ้ำ จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ลักษณะอารมณ์ ดังนี้

ด้านความคิดความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออาการหลงผิด พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอนทางหู ส่วนใหญ่เป็นอาการหลงผิดแบบหวาดระแวงว่ามีคนจะมาทำร้าย ได้ยินเสียงคนมาขู่ฆ่า จึงมีความคิดต้องการทำร้ายตนเองก่อนคนอื่นจะมาฆ่าตนเอง อาการหลงผิดอย่างอื่นที่พบคือหลงผิดว่าเป็นคนใหญ่โต เป็นพระอรหันต์ และหลงผิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายและเมื่อให้ผู้ป่วยให้คะแนนเกี่ยวกับความคิดความเชื่อนั้น พบว่าก่อนการบำบัดผู้ป่วยมีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับอาการทางจิตของตนเองอยู่ระหว่าง 60–100 คะแนน และหลังได้รับการบำบัดทันที และทุกระยะที่ติดตามความคิดความเชื่อด้านลบของผู้ป่วยหมดไป ด้านความรู้สึก/ลักษณะอารมณ์ด้านลบที่ตอบสนองต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู พบว่าความรู้สึกหรืออารมณ์ที่พบได้บ่อย คือ รู้สึกกลัว วิดกกังวล ความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ และเสียใจ โดยก่อนการบำบัดผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง และให้ระดับค่าคะแนนความรู้สึกหรืออารมณ์อยู่ในช่วง 50–100 คะแนนหลังการบำบัดทันทีที่มีผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่ยังรู้สึกกลัว แต่ระดับคะแนนลดลงอยู่ในช่วง 5–10 คะแนนและในระยะติดตามผู้ป่วยมีความรู้สึกและอารมณ์เหล่านั้นลดลงหรือหมดไป และมีความสุขใจขึ้น

5. พฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพด้านพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู พบว่าก่อนได้รับการบำบัดผู้ป่วยทุกคนมีพฤติกรรมทางด้านลบ ส่วนใหญ่มีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงและสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอนทางหู เช่น หูแว่วเสียงผู้ชายขู่จะฆ่าก็คิดว่าจะมีคนมาฆ่าจริง ๆ หูแว่วเสียงสัญญาณรถตำรวจก็คิดระแวงจะมีตำรวจจับไปประหารชีวิต และมีความเชื่อว่าเป็นจริงตามนั้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการหลบหนี หลบซ่อนตัว หรือสะสมอาวุธสำหรับป้องกันตนเอง ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ภายหลังได้รับการบำบัดผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อได้ตรงตามความเป็นจริงและมีเหตุผลสนับสนุนมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูเชิงสร้างสรรค์หรือทางด้านบวก เช่น คิดว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง ทุกครั้งที่ได้ยินเสียงจึงใช้การพิสูจน์โดยการสำรวจรอบบ้านค้นหาแหล่งของเสียงซึ่งไม่มีใครจะมาทำร้าย ไม่มีรถตำรวจเข้ามาจับ และที่ผ่านมادنเองก็ปลอดภัยดีมาตลอดไม่เคยถูกทำร้ายหรือมีใครต้องการให้ตนเองเสียชีวิต ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายหรือฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. อภิปรายผล

ในการศึกษานี้ได้ดำเนินการบำบัดด้วย CBT แบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูจำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกทุกข์ทรมานต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของผู้ป่วยลดลง โดยประเมินได้จากแบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (DTR) ซึ่งใช้ในการวัดระดับการยึดมั่นในความคิดความเชื่อ และความรุนแรง หรือความเข้มข้นของอารมณ์ที่เกิดขึ้น พบว่าก่อนบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองและให้ค่าคะแนนของความคิดความเชื่อ และความรู้สึก อารมณ์ทางด้านลบที่มีต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูอยู่ระหว่าง 60-100 คะแนน ภายหลังได้รับการบำบัดด้วย CBT จำนวน 6 ครั้ง ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่บิดเบือนเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลง โดยกระบวนการบำบัดด้วย CBT จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหลงผิดประสาทหลอน การประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่าง ๆ มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะ หรือระบุอย่างถูกต้องในเนื้อหาของเสียง การรู้คิด และนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือกอื่นอย่างมีเหตุผล ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานต่ออาการทางจิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรือง ร่วมแก้ว (2552) ได้ศึกษาการบำบัดด้วย CBT จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู จำนวน 7 คน ประเมินผลหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยแบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า หลังบำบัดผู้ป่วยทั้งหมดมีการบันทึกระดับการยึดมั่นในความคิดหลงผิด และระดับความรุนแรงของอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความคิดของผู้ป่วยลดลง

หลังได้รับการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูของตนเองในทางที่เหมาะสมกว่าเดิม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ จากความคิดบิดเบือนให้เป็นความคิดมีเหตุผล หรือมีการรับรู้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการบำบัดครั้งนี้มีการแสดงออกพฤติกรรมการเผชิญกับหูแว่วในเชิงสร้างสรรค์ โดยก่อนได้รับการบำบัดผู้ป่วยมักมีความคิดความเชื่อเกี่ยวกับอาการทางจิตของตนเองว่าเป็นเรื่องจริง ซึ่งถือได้ว่าเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมทางด้านลบตามมา เช่น ผู้ป่วยมีหูแว่วว่ามีคนจะมาทำร้าย และมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องจริง จึงมีพฤติกรรมแสดงออกโดยการพยายามหลบซ่อนตัว เก็บสะสมอาวุธเพื่อป้องกันตัวเอง หรือบางครั้งมีอาการหงุดหงิดทำร้ายคนอื่นหรือทำร้ายตนเอง แต่ภายหลังได้รับการบำบัดด้วย CBT จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่เป็นเหตุเป็นผล ตรงตามความเป็นจริง และผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับอาการทางจิตของตนเองได้ถึงแม้จะมีอาการทางจิตคงอยู่ (persistent hallucination) ทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในเชิงสร้างสรรค์ เช่น คิดว่าเสียงแว่วเป็นอาการทางจิต ไม่ใช่เรื่องจริง ทุกครั้งที่ได้ยินเสียงจะพิสูจน์โดยการสำรวจรอบบ้านเพื่อค้นหาแหล่งกำเนิดของเสียงแล้วพบว่าไม่มีใคร จึงเชื่อได้ว่าไม่ใช่เรื่องจริง ตลอดจนมีการปรับความคิดตนเองใหม่เกี่ยวกับอาการหวาดระแวงของตนเอง ว่าประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาไม่มีใครเคยมา ทำร้ายหรือจะมาฆ่า ทุกสิ่งอย่างเกิดจากความคิดของตนเอง จึงได้ค้นหาวิธีการหยุดยั้งความคิดตนเอง และลดความหมกมุ่นเกี่ยวกับอาการทางจิต โดยการปรับพฤติกรรมของตนเองใหม่ คือ การร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น การทำกิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อลดความหมกมุ่น เช่น การเล่นกีฬา หรือการเข้าสังคม เป็นต้น สอดคล้องกับการวิจัยของ

Tower (2004) ได้วิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ในการบำบัดอาการหูแว่วที่เป็นเสียงสั่ง (command hallucinations) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดในผู้ป่วยที่เป็นเสียงสั่ง (cognitive therapy for command hallucinations: CTCH) ในการลดความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงและการปฏิบัติตามเสียง จำนวน 38 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (Treatment as usual) พบว่าพฤติกรรมปฏิบัติตามเสียงแว่วของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CTCH ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมปฏิบัติตามดีขึ้น ซึ่งพบในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CTCH เท่านั้น แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่ายังมีความเชื่อมั่นในอำนาจของเสียงและมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามเสียงสั่ง

ผลการศึกษาด้านอาการทางจิต (อาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู) พบว่าในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน เนื่องด้วยการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู มีกลยุทธ์ที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและสามารถปรับตัวกับเข้ากับอาการทางจิตของตนเองได้ ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหลงผิดประสาทหลอน การอธิบายรูปแบบทางความคิดเกี่ยวกับหลงผิดและประสาทหลอน และกลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง โดยเฉพาะหัวข้อเกี่ยวกับอาการหลงผิดประสาทหลอน เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน PANSS-T สอดคล้องกับการศึกษาของยูธนา อองอาจสกุลมั้น (2548) พบว่าการบำบัดได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งหมดมีอาการดีขึ้น ยอมรับตนเองว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความร่วมมือในการรับประทานยาและการติดตามผลการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ England (2007 cited in Propst, 2010) ได้ทำการศึกษากการบำบัดด้วย CBT รายบุคคลจำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ในผู้ป่วยโรคจิตเภท และ schizoaffective disorder ที่มีหูแว่ว และได้รับความทุกข์ทรมานจากการได้ยินเสียงแว่ว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT มีอาการทางจิต (psychiatric symptoms) ดีขึ้น โดยมีคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติ นอกจากนั้นยังพบว่าความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เพิ่มขึ้น และได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีอาการทางจิตดีขึ้น ต้องได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตควบคู่กับการบำบัดด้วย CBT ร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Turkington, kingdom & Weiden (2006) พบว่าการรักษาด้วย CBT ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิต ช่วยให้เกิดการรับการรักษาที่ต่อเนื่อง และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ที่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ พบว่าก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างก่อนได้รับการบำบัดและหลังได้รับการบำบัดด้วย CBT ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน M.I.N.I suicidality จะพบว่ามีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก โดยก่อนได้รับการบำบัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (17 คะแนนขึ้นไป) หลังการบำบัดทันทีมีความเสี่ยงเล็กน้อย (1-8 คะแนน) และในทุกระยะที่ติดตามพบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0

คะแนน) ซึ่งนักสถิติได้ให้ข้อเสนอแนะในกรณีนี้ว่า เนื่องจากค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินมี 0 รวมด้วย ทำให้เมื่อนำไปแทนค่าในสูตรเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจึงทำให้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ก็อาจถือได้ว่าการบำบัดด้วย CBT ช่วยให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงเป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิด หรือมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ เป็นผลสืบเนื่องจากอารมณ์ ความรู้สึกทรมานที่มีต่ออาการทางจิตของตนเอง จากการได้ยินเสียงแว่วและอาการหวาดระแวงกลัวเป็นอย่างมาก จนต้องการชิงลงมือทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวเองตายก่อนที่ผู้อื่นจะมาฆ่า การบำบัดทางความคิดเพื่อให้อาการทางจิตดีขึ้นตามความเป็นจริงและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนทางหู สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานลงดังกล่าวมาข้างต้น แล้วส่งผลต่อเนื่องทำให้ความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยลดลงตามมาด้วย ซึ่งการศึกษานี้ยังมีทั้งความเหมือนและแตกต่างจากการศึกษาของ Tower (2004) กล่าวคือการบำบัดด้วย CBT ช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญต่ออาการทางจิตดีขึ้นเหมือนกัน แต่อาจมีความแตกต่างที่ชนิดของเสียงแว่วที่การศึกษานี้ส่วนใหญ่มีหูแว่วเสียงคนขู่ทำร้าย (persecutory hallucination) ร่วมกับมีอาการหวาดระแวง Tower ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีเสียงสั่งให้ทำตาม (command auditory hallucination) แต่จะอย่างไรก็ตามการบำบัดด้วย CBT สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีหูแว่วได้ทั้งสองแบบ เนื่องจากการบำบัดด้วย CBT เน้นที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลนั้น จึงไม่ได้ขึ้นกับชนิดของเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน

กล่าวโดยสรุป การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 ครั้ง เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญต่ออาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนทางหูได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดอาการทางจิต และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถนำมาบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาลร่วมกับการรักษาด้วยยาของแพทย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นเป็นลำดับและช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลต่อความทุกข์ทรมาน และพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิด และประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยเฉพาะด้านการปฏิบัติ ผู้บำบัดควรมีความรู้พื้นฐานของการบำบัด CBT แบบรายบุคคลมาก่อน ผ่านการฝึกทักษะการบำบัดผู้ป่วยและเข้าใจในโปรแกรมการบำบัดทั้ง 6 ครั้ง จะส่งผลให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

3.1.2 การบริหารจัดการที่ดีของกลุ่มการพยาบาลโดยการจัดอัตรากำลังที่มีความรู้เรื่อง CBT ตามโปรแกรมนี้อาจช่วยให้การบำบัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้โปรแกรมนี้นำไปใช้และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

3.1.3 เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์ที่สำคัญคือการดูแลช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล แต่ผู้มีความรู้ความชำนาญการบำบัดด้วย CBT แบบรายบุคคลในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อยจึงควรมีการพัฒนาการบำบัดแบบกลุ่มที่ให้ความคุ้มค่ามากกว่า และการบำบัดแบบกลุ่มมีข้อดีเนื่องจากในกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดหรือเกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic factor) ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน พลังของกลุ่มจะช่วยให้เกิดประสิทธิผลต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ต้องปรับปรุงแก้ไข เช่น การคัดผู้ป่วยเข้าควรมีคุณสมบัติคล้ายกัน เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย หรือ ประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว เพราะจะมีผลต่อความคิด ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการคัดเลือกคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติเฉพาะที่เหมือนกัน เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

3.2.2 ควรมีการวัดประสิทธิผลของการบำบัดด้านอื่น ๆ เช่น ความถี่ของเสียงแว่ว และวัดความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem)

3.2.3 ควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอคติของผู้วิจัย

3.2.4 ควรมีการกระตุ้นการบำบัดและมีการติดตามในระยะยาว เช่น 1 ปี เพื่อศึกษาความคงทนของการบำบัด

3.2.5 ควรมีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และมีความบกพร่องทางสายตา

3.2.6 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกรบำบัดแบบอื่น

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับสถานบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพมหานคร: หจก. บางกอกบล็อกร; 2554.
- จันทิมา องค์ไผ่จิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครี เอช; 2545.
- จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา, ชัยพร ยิ่งเจริญพาสุข, เกตุสุดา ชินวัตร. ระบาดวิทยา การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3; 25-27 สิงหาคม 2547; กรุงเทพมหานคร.
- ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. อุบลราชธานี: หจก. ศิริธรรมออฟเซต; 2553.
- ธนา นิลชัยโกวิท, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ่นอนงค์, พิเชฐ อุดมรัตน์. Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แจนเซ็น-ซีแลก; 2550.
- บุญเรือง ร่วมแก้ว, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู, สุริยา ราชบุตร, อัจฉรา มุ่งพานิช. คู่มือผู้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยจิตเภทที่หลงผิดและประสาทหลอนทางหู. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- เบญชญา อยู่ศิริ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันอันตรายจากภาวะตัวเหลืองในทารกหลังคลอดครบก่อนกำหนด[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
- ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, ไพลิน ปรัชญคุปต์. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SUI-9). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2555.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): รายงานการศึกษา. ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; ปีที่ 13 ฉบับที่ 3: 125-135.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
- พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์. การศึกษาผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2545; ปีที่ 10 ฉบับที่ 3: 171-178.

- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; ปีที่ 57 ฉบับที่ 2: 235-248.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สวิชาญการพิมพ์; 2546.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2550.
- มาโนช หล่อตระกูล. การศึกษาการฆ่าตัวตาย ในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; ปีที่ 48 ฉบับที่ 4: 231-239.
- มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4-กรุงเทพฯ: สวิชาญการพิมพ์; 2558.
- ยุทธนา งามอาจสกุลม้น. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; ปีที่ 13 ฉบับที่ 2: 114-123.
- ยุรัชชา ปรีชา, พิเชฐ อุดมรัตน์. อาการและอาการแสดง. ในพิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ์ วาสิกนันทน์. (บรรณาธิการ). ตำราโรคจิตเภท. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2552: 77-100.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์บลีเคชั่นส์; 2546.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2553. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- _____. รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2554. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- _____. รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2555. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาลและ การคุ้มครองระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2548.
- สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท; 2542
- สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติชนิดโรคจิต (Psychotic Disorders). ใน : พูนศรี รังสีขจี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น : คลังนานา; 2547 : 99-112.
- สุชาติ พหลภาคย์. Cognitive Therapy. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2553.

- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติประจำปี 2555 และ 2556.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์; 2540-2554
- อุมาพร ตรังคมบัณฑิต, อรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 : 22-37.
- American Psychiatric Association. DSM-FV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington DC: The Association; 1994.
- American Psychiatric Association. APA practice guideline for the treatment of patients
with schizophrenia. Am Fam Physician 1997; Vol. 56 Issue.4: 1217-20.
- American Psychiatric Association (APA) practice guidelines are developed by expert work. Am
J Psychiatry 2003; 160(suppl 11): 1-60.*
- American Association of Suicidology. Survivors of suicide fact sheet. Washington, DC;
2004.
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of
Patients with Suicidal Behaviors. In: Practice Guidelines for the Treatment of
Psychiatric Disorders Compendium, 2nd edition. VA: Arlington; 2004: pp 835-1027.
- American Psychiatric Association Practice Guideline for the Assessment and Treatment of
Patients With Suicidal Behaviour. Am J Psychiatry 2005; Vol.11 Issue 3: 1-60.
- American Psychiatric Association DSM-5 Work Groups. Proposed Revisions –
Schizophrenia and Other Psychotic Disorders; 2010. APA Publishing, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Anfang SA, Faulkner LR, Fromson JA, Gendel MH. The American Psychiatric Association's
resource document on guidelines for psychiatric fitness-for-duty evaluations of
physicians. J Am Acad Psychiatry Law 2005; Vol.33 Issue 1: 85-8.
- Barbee, MA, P Bricker. Suicide. In KM Fortinash and PA Holoday-Worrt (Editors.),
Psychiatric mental health nursing. St. Louis : Mosby; 1993: 613-635.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The
Guilford Press; 1979.
- Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities
Press; 1976.
- Beck JS. Cognitive Therapy: basic and beyond. NewYork: The Guilford Press; 1995.
- Bentall R P, Haddock J G, Slade P, Peter D. Cognitive– behavior therapy for persistent auditory
hallucinations: From theory to therapy. Behavior Therapy 1994; Vol.25 Issue 1: 51-66.

- Blakely. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003; Vol.57 Issue 8: 594-600.
- Brown GK, Have TT, Henriques GR. Cognitive therapy to the prevention of suicide attempt. *J. A. MA* 2005; Vol.294 Issue 5: 563-570.
- Buccheri B, Trygstad L, Dowling G, Hopkins B, White K, Griffin JJ, et al. Long-term effect of teaching behavioral strategies for management persistent auditory hallucination in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing* 2004; Vol.42 Issue1: 18-27.
- Chadwick PD, Lowe CF. The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of counseling and Clinical Psychology* 1990; Vol.58 Issue 2: 225-232.
- Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994; Vol.164 Issue 2: 190-201.
- Chan SW, Leung JK. Cognitive behavioral therapy for clients with schizophrenia: Implications for mental health nursing practice. *Journal of clinical nursing* 2002; Vol.11 Issue 5: 214-24.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry* 1996a; Vol.169 Issue 5: 593-601.
- Dulit E. Adolescent thinking a la Piaget : the formal stage. *Journal of Youth & Adolescence* 1992; Vol.1 Issue 4: 282-301.
- England M. Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care* 2007; 43: 2.
- Fowler D, Garety P, Kuipers E. Cognitive therapy for psychosis Theory and Practice. England: John Wiley & Sons Ltd; 1995.
- Gill P. A multidimensional approach to suicide bombing. *International Journal of Conflict and Violence* 2007; Vol.1 Issue 2: 142-159.
- Grant A, Mills J, Short N. Cognitive Behavioral Therapy in mental health care. London: SAGE Publications; 2004.
- Diekstra R F, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q.* 1993; Vol.46 Issue 1: 52-68.
- Haddock G, Tarrier N, Spaulding W. Individual cognitive- behavior therapy in The treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clinical Psychology Review* 1998; Vol.18 Issue 7: 821-838.
- Hemley, Garety . The formation of maintenance of delusions: A Bayesian analysis. *Br J Psychiatry* 1986; Vol.149 Issue 1: 51-6.

- Hansen JP, Ostergaard B, Nordentoft M, et al. The feasibility of cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia in integrated treatment. *Community Ment Health J*. 2013; Vol. 49 Issue 6: 630-5.
- Jacobson JL, Jacobson AM. *Psychiatric Secrets*. Philadelphia: Henley &Belfast; 2001.
- Joyce BS. Cognitive therapy. In Lego, S. (Eds). *Psychiatric nursing a comprehensive reference*. Pensilvania: Lippincott-raven plublisher; 1996 : 121-128.
- Jurkovich GJ, Rivara FP, Johansen JM, Maier RV. Centers for Disease Control and Prevention injury research agenda: identification of acute care research topics of interest to the Centers for disease Control and Prevention-National Center for Injury Prevention and Control. *J Trauma* 2004; Vol. 56 Issue 5: 1166-70.
- Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull* 1987; Vol.13 Issue 2: 261-274.
- Khan A, Khan S R, Leventhal R M, Brown W A. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the food and drug administration database. *Am. J. Psychiatry* 2001 ; Vol.158 Issue 9: 1449-1454.
- Kingdon D, Turkington D, John C. *Cognitive Behavior Therapy of Schizophrenia*. British Journal of Psychaitry 1994; Vol.164 Issue 5: 581-587.
- Kingdon D G, Turkington D. The use of cognitive therapy with a normalising rationale in schizophrenia: preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*1991; Vol.179 Issue 4: 207-211.
- Kneisl C, Trigoboff E. *Contemporary Psychiatric- Mental Health Nursing*. 2nd edition. London: Pearson Prentice Ltd; 2009.
- Krkvik B, Grwe RW, Hagen R, Stiles TC. Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial. BehavCognPsychother. 2013; Vol.41 Issue 5: 511-24.
- Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chisolm D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P, Hadley C. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry* 1998; Vol.173 Issue 1: 61-68.
- Lucia RV, Tabraham P, Morris E, Bouman TK. *Cognitive Behavioral Therapy Across the Stages of Psychosis: Prodromal, First Episode, and Chronic Schizophrenia* . *Cognitive and Behavioral Practice* 2008; Vol.15 Issue 2: 179-193.

- Mcleod T, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Cognitive Behavioral Therapy group work with voice hearers. part 1, part 2. *Br J Nurs* 2007; Vol.16 No.4: 248-52 and Vol.16 No.5: 292-5.
- National Institute for Clinical Excellence Center. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guideline No. 1. London; National Institute for Health and Clinical Excellence ; 2002.
- Nicholas T, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, et al. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia 2004; Vol.184 Issue 3: 231-9. .
- Paivio SC. Experiential conceptualization and treatment of anger. *Journal of Psychology* 1999; Vol.55 Issue 3: 311-324.
- Persaud R, Marks I. A pilot study of exposure and control of chronic auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry* 1995; Vol.167 Issue 1: 45-50.
- Propst A. The Effects of Cognitive Therapy on Hallucinations in Patients with Schizophrenia. McGill J Med 2011; Vol.13 Issue 1: 55.
- Rector N, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; Vol.189 Issue 5: 278-287.
- Rathod S, Phiri P, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 2010; Vol.33 Issue 3: 527-36.
- Romme MAJ, Honig A, Noorthorn EO, Escher S. Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry* 1992; Vol.161 Issue 1: 99-103.
- Rudden M, Gilmore M, Francis A. Delusions: when to confront the facts of life. *American Journal of Psychiatry* 1982 ; Vol. 139 Issue 7: 929-932.
- Rush AJ, Beck AT, Kovacs M. Comparison of the effect of Cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self- concept. *American Journal of Psychiatry* 1982; Vol.139 Issue 7: 863-866.
- Sadock BJ, Sadock AV. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2000.
- Sadock JB, Sadock AV. Comprehensive textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
- Sensky T, Turkington D, Kingdon D. A randomize controlled trial of cognitive- behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Achieves of General Psychiatry* 2000; Vol.57 Issue 5: 165-167.

- Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* 2006 ; Vol.163 Issue1: 41-7.
- Sims A. Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology. Philadelphia: W. B. Saunders; 2003.
- Shergill SH, Murray RN, McGuire P. Auditory hallucinations: Review of psychological treatment. *Schizophrenia Research* 1998: Vol.32 Issue 3, 137-150.
- Sperry L. Commonalities between adlerian psychotherapy and cognitive therapies: An adlerian perspective. In Watts, R. E. (Ed), *Adlerian, cognitive, and constructivist therapies: An integrative dialogue* . New York, NY: Springer Publishing Company, Inc ; 2003: pp.59-70.
- Stuart GW. Cognitive behavioral therapy. In: Stuart GW, & Laraia MT. (Eds.), *Principle and practices of psychiatric nursing*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1998: pp 660-65.
- Stuart GW, Laraia MT. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St.Louis: Elsevier Mosby; 2005: pp 654-67.
- Sudak DM, Beck JS, Wright J. Cognitive behavioral therapy: a blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Acad Psychiatry*. 2003; Vol. 27 Issue 3: 154-9.
- Tanney BL. The theoretical component in suicidology. In: Maris RM, Berman AL, Silverman MM, editors. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press; 2000. p. 26-61.
- Tarrier N, Beckett R, Harwood S. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162 (5): 524-532.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988; Vol.153 Issue 4: 532-542.
- Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal* 1998; Vol.317 No.7154: 303-307.
- Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1999; Vol.174 Issue 6: 500-504.

- Thomas N, Rossell S, Farhall J, Shawyer F, Castle D. Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations: effectiveness and predictors of outcome in a specialist clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2011; Vol.39 Issue 2: 129-138.
- Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; Vol. 26 Issue 6: 287-292.
- Tissot R, Bernand Y. Aspects of cognitive activity in schizophrenia. *Psychological Medicine* 1980; Vol.10 Issue 4: 657-663.
- Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; Vol.184 Issue 4: 312-20.
- Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effect of a brief cognitive-behavioral therapy in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2002; Vol.180 Issue 6: 523-527.
- Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 2006; Vol.163 Issue 3: 365-373.
- Vacarolis E M. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. SaunderElsiver: A clinical approach; 2006.
- Valmaggia IR, van der Gaag M, Tarrier N, Pignenborg M, Slooff CF. Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2005; Vol.186 Issue 4: 324-330.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine* 1999; Vol. 29 Issue1: 9-17.
- WHO . *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: clinical descriptions and diagnosis guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Wright JH, Turkington D, Kingdon D, Basco MR. *Cognitive- behavior therapy for Severe Mental illness: An Illustrated Guide*. USA: American Psychiatric Publishing; 2009.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินอาการทางจิต(Positive and Negative Syndrome scale ; PANSS - T)
(แบบประเมินกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ PANSS-T)
2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality)
3. แบบบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Dysfunctional Thought Record : DTR)

1. แบบประเมินกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ PANSS-T (แผ่นที่ 1 ใน 2)

รหัสผู้ป่วยเลขที่.....HN.....วันที่สัมภาษณ์.....

การวินิจฉัยจิตเภทชนิด.....รับครั้งที่.....

รายการประเมิน PANSS	ก่อน การ บำบัด	หลังการ บำบัด ทันที	ติดตามผลหลัง การบำบัด		
			1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
Positive Scale (P)					
P1 Delusion :อาการหลงผิด					
P2 Conceptual disorganization :ความคิดสับสน					
P3 Hallucinatory behavior :อาการประสาทหลอน					
P4 Excitement :อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย					
P5 Grandiosity :ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง					
P6 Suspiciousness/persecution :ความรู้สึกระแวง ว่ามีคนมุ่งร้าย					
P7 Hostility :ความรู้สึกลังเลไม่เป็นมิตร					
Negative Scale (N)					
N1 Blunted affect :การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ					
N2 Emotional withdrawal :การแยกตัวทางอารมณ์					
N3 Poor rapport :มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง					
N4 Passive/Apathetic/Social withdrawal :การ แยกตัวจากสังคม					
N5 Difficulty in Abstract thinking :มีปัญหาในการใช้ ความคิดแบบนามธรรม					
N6 Lack of spontaneity and flow of conversation: กระแสดการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น					
N7 Stereotyped thinking :การคิดอย่างตายตัว					
General Psychopathology Scale (G)					
G1 Somatic concern :ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย					
G2 Anxiety: อาการวิตกกังวล					
G3 Guilt feeling : ความรู้สึกผิด					

1. แบบประเมินกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ PANSS-T

(แผ่นที่ 2 ใน 2)

รายการประเมิน PANSS	ก่อนการ บำบัด	หลัง การ บำบัด ทันที	ติดตามผลหลังการ บำบัด		
			1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
G4 Tension : ความตึงเครียด					
G5 Mannerism and Posturing : ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ					
G6 Depression : อาการซึมเศร้า					
G7 Motor retardation : การเคลื่อนไหวเชื่องช้า					
G8 Uncooperativeness : การไม่ร่วมมือ					
G9 Unusual thought : ความคิดที่มีลักษณะแปลก เพื่อฝันประหลาดผิดปกติ					
G10 Disorientation : อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล					
G11 Poor attention : อาการสมาธิ และความสนใจเสีย					
G12 Lack of Judgment and insight : การตัดสินใจ และการหยั่งรู้เสีย					
G13 Disturbance of Volition : การไม่สามารถควบคุมตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง					
G14 Poor impulse control : ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี					
G15 Preoccupation : ความคิดหมกมุ่น					
G16 Active Social Avoidance : การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม					
Supplementary Items for the aggression risk profile (S)					
S1 Anger : ความรู้สึกโกรธ					
S2 Difficult in delaying gratification : การอดใจรอการตอบสนองความต้องการไม่ได้					
S3 Affective lability : อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย					

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality)

ประเด็นคำถาม		เกณฑ์ ให้คะแนน		วคป.	วคป.	วคป.	วคป.
		ไม่ใช่	ใช่	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
1 เดือนที่ผ่านมา							
คุณเคยได้รับอุบัติเหตุ หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อ		0	0				
ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้วางแผนหรือตั้งใจที่จะทำร้ายตัวเอง ไม่ว่าโดยทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำหรือไม่ถ้าตอบ "ใช่" ให้ถามต่อ		0	0				
ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต หรือไม่		0	0				
คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรือ อยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่		0	1				
คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่		0	2				
คุณมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่		0	6				
หลังจากขณะนี้ คุณสามารถควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่าคุณจะไม่กระทำการฆ่า หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน		8	0				
ว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรงและความถี่ของความคิดฆ่า ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ความถี่ ความรุนแรง บางครั้ง ☐ เล็กน้อย ☐ บ่อย ☐ ปานกลาง ☐				ความถี่ รุนแรง	ความถี่ รุนแรง	ความถี่ รุนแรง	ความถี่ รุนแรง
				☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
				☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
				☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
คุณมีแผนการฆ่าตัวตาย หรือไม่		0	8				
คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวเอง โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่		0	9				
คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่		0	4				

คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	10				
พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น จะมีคนมาช่วย หรือจะรอดตายหรือไม่ ☐ ถ้าตอบ "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย หวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย 0	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
อดชีวิตที่ผ่านมา :						
คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4				
ข้อ C2 - C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้รวมคะแนน ข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C2 - C9 และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามระดับคะแนนในกรอบ การวินิจฉัย :						
คะแนนรวม						
* ระดับ						
ผู้ที่ประเมิน						
ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือใน ใกล้เคียงนี้						
หมายเหตุ* ระดับ: คะแนนรวม 1 - 8 = ระดับเล็กน้อย, 9 - 16 คะแนน = ระดับปานกลาง, ≥ 17 คะแนน = ระดับมาก						

: ให้ลงค่าคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนน และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่
 ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย

สถานการณ์ เหตุการณ์ หรือสิ่งที่ ประสบ พบเห็น	ความคิด อัตโนโมติที่มีต่อสถานการณ์ (ให้คะแนน 0-100 คะแนน)	อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (ให้คะแนน 0-100 คะแนน)	อาการและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วยเวลา
	เดิม	เดิม	เดิม
	ใหม่ หลักฐานสนับสนุน	ใหม่	ใหม่

ภาคผนวก ข

ตัวอย่าง ข้อมูลการบำบัด CBT รายบุคคล

ตัวอย่าง

ข้อมูลการบำบัดCBT รายบุคคล

บันทึกข้อมูลการบำบัดในผู้ป่วยตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส โสด ศาสนา พุทธ การศึกษา ม.3 อาชีพ ค้าขายที่อยู่ อ.หนองชัย จ.กาฬสินธุ์มาด้วยอาการ หงุดหงิดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ถู้อมัดป้องกันตัวคิดอยากตาย มีอาการมากมา 4 วัน แพทย์รับไว้รักษาครั้งที่ 2 วันที่ 29 พฤษภาคม 2558 ได้รับการวินิจฉัย F20.00 MINI = 32 , PANSS มีอาการความคิดสับสน(P.2)น้อยกว่า 4 คะแนนคือมีอาการเล็กน้อยลงมา ความคิดอยากฆ่าตัวตายตายตัว(N.7)น้อยกว่า 3 คะแนนคือมีอาการขั้นต่ำสุดลงมา และอาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่(G. 10)น้อยกว่า 2 คะแนน คือไม่มีอาการ

การบำบัดครั้งที่1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด
2. เพื่อประเมินสภาพอาการ รวบรวมปัญหาที่จะนำไปสู่การบำบัด

การดำเนินการ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวกับผู้ป่วย และพูดคุยเรื่องทั่วไป(small talk) แสดงท่าที อบอุ่น จริงใจ ใส่ใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยโต้ตอบ แจ้งวัตถุประสงค์ในการพูดคุย ขอบเขตหรือโครงสร้างในการบำบัดของCBT ภาพรวมและในชั่วโมง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ประเมินสภาพอาการผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินPANSS-T โดยการสัมภาษณ์ ตามรายการประเมินที่มีการจัดหมวดหมู่ในการสัมภาษณ์ และใช้เทคนิคการถามในแต่ละประเด็นในคู่มือประเมินโดยการใช้คำถามเปิด ทักทายการสังเกต การฟังอย่างใส่ใจเพื่อรวบรวมปัญหาข้อมูลทั่วไปและประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ได้ศึกษาจากแฟ้มประวัติหรือจากญาติ รวมถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลักของผู้ป่วยโดยบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลและประวัติการเจ็บป่วย และมีการสรุปปัญหาร่วมกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยไปทบทวนเพิ่มเติมในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อผู้บำบัด กระบวนการบำบัด

ข้อมูลการบำบัดผู้ป่วยในครั้งนี้มีดังนี้

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ ตอบได้ตรงคำถาม ในการประเมินสภาพอาการ และรวบรวมปัญหาผู้ป่วยสามารถให้ประวัติเพิ่มเติมและเปิดเผยข้อมูลตนเองได้ การประเมินอาการทางจิตด้วย PANSS-T ผู้ป่วยสามารถตอบข้อคำถามตามรายการประเมินได้ครบถ้วน ผลการประเมินผ่านเกณฑ์เข้ารับการบำบัด โดยในช่วงแรกผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไรมาก พ่อกับแม่พามา เพราะนอนไม่หลับมาหลายวัน เพราะตนเองกลัว กังวลเรื่องเขาจะมาฆ่า กังวลใจมากอยากกลับบ้าน ผู้วิจัยได้พูดคุยให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการบำบัดรักษาผู้ป่วยยินดีรับการบำบัดเพราะอยากรักษาให้หายจากความทุกข์ใจจากการใช้คำถามในการค้นหาปัญหาสำคัญที่จะนำไปสู่การบำบัดมีดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดได้แก่หลงผิดหวาดระแวงว่าแม่ไม่รัก กลั่นแกล้งเอาตนเองมาทิ้งไว้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ คำว่าทำกระທပတန
2. ขณะทำการบำบัดผู้ป่วยปฏิเสธว่าขณะนี้ไม่มีอาการประสาทหลอนทางหู แต่ขณะที่พูดคุยผู้ป่วยมีพฤติกรรมพูดพึมพำ แต่บอกว่าไม่ได้พูดกับใครพูดกับตนเอง ยืนยันว่าไม่มีเสียงหูแว่ว

3.ด้านประสาทหลอน จากการบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนทางหู มีหูแว่วเสียงคนขู่จะฆ่าและเห็นภาพหลอนเป็นเงาดำๆเดินเข้ามาหาคิดว่าจะถูกฆ่าตายแน่ๆให้รู้สึกหงุดหงิดรำคาญ รู้สึกกังวล กลัว บอกตนเองเคยหนีมันโดยจะฆ่าตัวตายโดยเคยเอามีดกรีดคอ กรีดแขนพ.ศ. 2557 แล้วครั้งหนึ่งแค่พ่อแม่ช่วยไว้ก่อนจึงพามาไว้ที่นี่ ขณะนี้ไม่รู้จะหนีหรือสู้ดี คิดว่ามันก็ต้องมาฆ่าตนเองล้านเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยบอกว่าอยากหายจากความหงุดหงิดรำคาญจากเสียงสั่ง

ตัวอย่างคำถามที่ใช้

- “มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นกับคุณก่อนมาโรงพยาบาล”
- “ที่ผ่านมามีเคยได้ยินเสียงคนหรือเสียงแปลกๆแล้วทำให้คุณเกิดความรู้สึกไม่ดีไหม”
- “ได้ยินเสียงแบบนี้บ่อยไหม”
- “นอกจากเสียงแบบนี้คุณได้ยินเสียงอื่นไหม”
- “ทุกครั้งที่ได้ยินเสียงแบบนี้เกิดขึ้นคุณคิดอย่างไร”
- “นอกจากความคิดนี้มีความคิดอื่นเกิดขึ้นไหมคะ ความคิดนั้นคืออะไร”
- “เวลาที่คิดว่าจะถูกฆ่าตายคุณรู้สึกอย่างไร”
- “เวลาที่คิดว่าแม่ไม่รัก กลั่นแกล้งเอาคุณมาทิ้งไว้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ คำว่าทำกระทบคุณ คุณรู้สึกอย่างไร”
- “มีความรู้สึกอื่นเกิดขึ้นอีกไหมคะ ความรู้สึกนั้นเป็นอย่างไร”
- “แล้วทุกครั้งที่คุณรู้สึกกลัวมากๆคุณทำอะไร”
- “ไม่ว่าใครนะคะ ถ้าเจอเหตุการณ์แบบคุณก็คงคิดและรู้สึกเหมือนคุณ โดยเฉพาะการมีเหตุการณ์ร้ายๆ เช่นมีคนมาขู่ฆ่า เอาชีวิตเรา เห็นเงาดำๆเดินเข้ามาหาไม่รู้ว่าป็นอะไรก็ย่อมรู้สึกตกใจกลัวได้เสมอ ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นได้กับทุกคนคะ”
- “มีอีกวิธีนะคะที่สามารถช่วยให้เรารู้สึกดีขึ้น ถ้าวลดลง ทุกข์ใจลดลงได้คุณสนใจไหมคะ แต่วิธีนี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างคุณกับพยาบาลอย่างมาก ซึ่งพยาบาลพร้อมและยินดีที่จะช่วยคุณแล้วคุณพร้อมที่จะร่วมมือไปกับพยาบาลเพื่อจัดการกับความทุกข์ใจไปกับพยาบาลไหมคะ”
- “จากที่คุยกันมาในช่วงนี้ประเด็นหนึ่งที่เรารู้อยู่กันแล้วและพยาบาลคิดว่าน่าสนใจมากคือเรื่อง การที่คุณได้ยินเสียงคนขู่ฆ่าและเห็นเงาดำๆเข้ามาหา และทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจมาก แล้วเราจะนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอีกครั้งต่อไปคุณคิดอย่างไร”

เทคนิคหรือทักษะที่สำคัญที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่

- ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักทายและแนะนำตัวกับผู้ป่วย และsmall talkพูดคุยเรื่องทั่วไป ด้วยท่าที อบอุ่น จริงใจ ใส่ใจ ตั้งใจฟัง เทคนิคการถาม การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ และสรุปความ
- Socializationอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงรูปแบบการบำบัด CBT ว่าจะดำเนินไปอย่างไร
- Normalizationให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ว่าอาจเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะกับคนทั่ว ๆ ไป

-Guided discovery กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน โดยการใช้คำถามเพื่อนำสู่การค้นหาคำคิดที่บิดเบือนหรือความคิดหลงผิด หรือความคิดอัตโนมัติและอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

-Alternative explanation technique ช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่

-ให้ผู้ผู้ป่วยFeedbackหรือแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงบำบัด และต่อตัวผู้วิจัยในฐานะผู้บำบัด

อุปสรรคในการดำเนินการได้แก่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต การรับรู้ มีความคิดความเชื่อต่ออาการทางจิตที่บิดเบือน เกิดความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น จนกระทั่งมีพฤติกรรมบางอย่างซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยมาก

การบำบัดครั้งที่ 2 การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการหลงผิด ประสาทหลอน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและผลกระทบ และเรียนรู้เข้าใจ ABC Model
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความหวังในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยระบุเป้าหมายของตนเองในการบำบัดตนเองได้

การดำเนินการ

ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และโครงสร้างกิจกรรมบำบัดในช่วง และให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรืออาการทางจิตของผู้ป่วย รวมทั้งบอกถึงความคิดความเชื่อ อารมณ์ และการตอบสนองต่ออาการและช่วยให้ผู้ป่วยมองประสบการณ์หรือความผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป และชี้ให้เห็นความสำคัญของการเข้าใจและยอมรับว่าจะเกิดประโยชน์อย่างไร เชื่อมโยงให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนเพิ่มเติมสิ่งที่เกิดก่อนหน้าการเจ็บป่วยเช่น ความเครียด ความเจ็บปวดทางใจ ความสูญเสีย ที่เป็นพื้นฐานการสร้างรูปแบบและสมมติฐานของอาการทางจิต เป็นการฝึกการรับรู้ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกประเด็นหรือวาระที่ต้องการพูด และลำดับก่อนหรือหลังด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหลงผิดประสาทหลอนโดยเน้นว่าสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไปในบางสภาวะพร้อมยกตัวอย่าง โดยใช้แผนภาพการพัฒนาการของอาการหลงผิดและประสาทหลอนและใบความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจประสบการณ์ที่ผิดปกติทางจิตโดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการตีตราหรืออาย มีแรงจูงใจพูดถึงปัญหาทางจิตของตนเองมากขึ้นและให้ความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง และให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วยที่มีอยู่ในช่วงที่ผ่านมาโดยใช้ภาพแนวคิดเกี่ยวกับเสียงแว่วและความคิดผิดแปลก และสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่เป็นพื้นฐาน CBT โดยใช้ ABC Model และยกตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อยในคนทั่วไป และเมื่อมีภาวะป่วยทางจิตโดยมีเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์พฤติกรรม ที่ทำให้คนทั่ว ๆ ไปเป็นทุกข์กับเหตุการณ์ในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นธรรมดา เพื่อนำไปสู่การหาคำอธิบายหลักฐานเพื่อสนับสนุน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง และให้เข้าใจว่าความคิดนั้นเป็นความคิดที่บิดเบือน

ในขั้นต่อไปเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในสภาวะที่มีอาการทางจิตผู้วิจัยได้ให้การบ้านให้ผู้ป่วยได้สำรวจอาการ ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำของตนเองเมื่อประสบกับอาการหรือมีความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ และบันทึกในแบบบันทึก(สำหรับคนที่เขียนได้)ส่วนผู้ที่เขียนไม่ได้หรือที่เขียนได้ไม่ดีให้ใช้วิธีจดจำและนำมาเล่าในชั่วโมงต่อไป และให้แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการบำบัด

ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกดีที่มีคนเข้าใจ รับฟังตนเอง รับรู้และเข้าใจว่าตนเองเจ็บป่วยมีอาการทางจิต ป่วยเป็นโรคทางจิตเภท มีคนเจ็บป่วยเหมือนตนเองหลายคน ทุกคนเจ็บป่วยได้ แล้วแต่สาเหตุการเกิดการเจ็บป่วยของแต่ละคน บางอย่างตนเองไม่คิดว่าจะมีผลกระทบมากจนทำให้ไม่สบายขนาดนี้ ดีใจที่ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ความรู้สึกไม่ดีในอดีตที่ผ่านมาแล้ว การใช้สิ่งเสพติดในการจัดการปัญหาหรือความกลัวในอดีตตัวอย่างเช่น กลัวไม่ปลอดภัยไม่เคยคิดว่าจะมีผลถึงปัจจุบัน

ตัวอย่างคำพูดที่ใช้ในการค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเจ็บป่วยหรือการเกิดอาการทางจิต

-“ไม่ว่าใครนะคะ ถ้าเจอเหตุการณ์แบบคุณก็คงคิดและรู้สึกเหมือนคุณ โดยเฉพาะการมีเหตุการณ์ร้ายๆ เช่นมีคนมาขู่ฆ่า เอาชีวิตเรา เห็นเงาดำๆเดินเข้ามาหาไม่รู้ว่าเป็นอะไรก็ย้อมรู้สึกตกใจกลัวได้เสมอ ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นได้กับทุกคนค่ะ ”

-“ปกติแล้วคนเราเกิดมาก็เหมือนกระดาดสีขาว แต่พอโตมาก็เริ่มสีเปลี่ยนไปอาจจะสีซีดลงเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลซีด มีจุดสีต่าง ๆ ในกระดาดขาวแผ่นนั้น นั่นก็เปรียบเหมือนชีวิตคนเรากว่าจะเติบโตมาได้ก็ต้องผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมายที่ผ่านเข้ามาในชีวิต มีทั้งสีสันแห่งความสุข และความทุกข์ ปนกันไปเป็นธรรมดา บางสิ่งก็จำได้ บางสิ่งก็อาจลืมเลือนบ้าง บางสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตก็อาจส่งผลมาถึงปัจจุบันแล้วชีวิตคุณล่ะคะมีสีที่ผ่านเข้ามาหรือเปลี่ยนสีอย่างไรบ้าง” แล้วนำไปสู่การตั้งคำถามเพื่อค้นหา เหตุการณ์ของชีวิตผู้ป่วยที่จะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย

- “มีหลายคนไม่สบายหรือเจ็บป่วยมีอาการทางจิตหรือเป็นโรคจิตเภทเหมือนที่เราคุยกัน ซึ่งจากการพูดคุยส่วนใหญ่พบว่าพวกเขาเคยใช้หรือเสพสิ่งเสพติดเข้าไปในร่างกาย ซึ่งสารบางอย่างอาจมีผลต่อการทำงานของสมองหรือระบบประสาทของเรา เช่น สิ่งเสพติดได้แก่ เหล้า กัญชา ยาบ้า หรืออื่น ๆ ไม่ทราบว่ามีผ่านมาก่อนเคยลองหรือใช้สารพวกนี้บ้างไหม?”

คำถามแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับประวัติที่ดูเหมือนเป็นสิ่งที่ตีตราหรือนำอับอายกล้าที่จะเล่าถึงประวัติของตนเองได้ ในสิ่งที่ผู้บำบัดถาม โดยทำให้รู้สึกเป็นธรรมดา ไม่รู้สึกเสียหน้าที่จะตอบว่า ตนเองเคยใช้สิ่งเสพติดเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ

-“โดยทั่วไปคนเราอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจหรือเครียดมาก ๆ ในชีวิต คุณคิดว่าตัวเองมีอะไรบ้างที่ทำให้เครียดเช่น ในอดีตที่อาจส่งผลถึงปัจจุบัน และที่กำลังเกิดขึ้นกับคุณในปัจจุบันด้วย”

คำถามแบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วย สามารถนึกถึงและบอกได้ว่าตนเอง มีเรื่องเครียดมานาน คือ มีปัญหาทะเลาะกับภรรยาบ่อย ๆ คิดว่าภรรยาต้องมีคนอื่น เคยคิดว่าภรรยาไม่รัก ดุด่าภรรยา ภรรยาเลยทั้งตนเองไปอยากตามภรรยากลับแต่กลัวญาติทางภรรยาทำร้ายหรือฆ่า ทำให้รู้สึกกลัว กังวลได้ยินเสียงคนข่มขู่จะเอาชีวิต บางครั้งเห็นเงาดำๆเข้ามาหาเหมือนจะมาฆ่า

ข้อมูลการบำบัดผู้ป่วยในครั้งนี้มีดังนี้

ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ และโครงสร้างกิจกรรมในชั่วโมงบำบัดและสามารถเล่าถึงประสบการณ์ทางความคิดและประสาทของตนเองได้ มีส่วนร่วมกับผู้บำบัด และมีการเปิดเผยประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตและการตอบสนอง ของตนเองได้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วยมีเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดและคุกคามในวัยเด็กคือถ้าตนเองทำผิดจะถูกพ่อตำหนิและตีตลอด รู้สึกกลัวมากและตกใจเวลาถูกพ่อหรือแม่ดู และถูกปลุกฝังว่าถ้าเราทำไม่ดีกับใครเขาจะตามมาทำร้ายเรา เหมือนวัยรุ่นในหมู่บ้านชบทะเลาะกัน และตามเอาคืนโดยการตามทำร้ายร่างกาย และตามฆ่ากันไม่มีคนรักและจะถูกสังกรรม์ถึง 2 ปีก่อนเคยดูดำและทำร้ายภรรยาขณะเมาสุรา และเวลามีอาการหงุดหงิด ไม่เคยรับฟังคำเตือนของภรรยา จนกระทั่งภรรยาและลูกทั้งตนเองไป เพราะเราทำไม่ดี เป็นคนไม่ดี ภรรยาเลยไม่รักและไม่มีคนอื่น ส่วนปัจจัยอื่นที่ประเมินพบได้แก่ ประวัติการใช้สิ่งเสพติดมสุรา เมื่อ 10 ปีก่อน ดื่มเหล้า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ล่าสุด 27 พฤษภาคม 2558 สุบบุหรี 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เสพยาบ้า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เสพครั้งสุดท้ายก่อนมารพ. 1 เดือน ผู้ป่วยยอมรับว่าบางครั้งใช้ยาบ้าช่วยให้มีเรี่ยวแรง มีเพื่อน มีแก๊ง แรกๆใช้ครั้งละเม็ด บางครั้งถ้าเครียดมาก ๆ เคยใช้ยาบ้าครั้งเดียว 2 เม็ด เพราะทำให้ลืมเรื่องราวไม่สบายใจได้ขณะเจ็บป่วยไม่กล้าเจอใครแอบอยู่ในห้อง ไม่สามารถทำงานได้

ขณะพูดคุยผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลหรือความรู้และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางจิตได้ เข้าใจความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และเข้าใจเป้าหมายการบำบัดโดยวิธีการของ CBT และผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกดีที่มีคนเข้าใจ และบางอย่างไม่คิดว่าจะมีผลกระทบมากจนทำให้ไม่สบายขนาดนี้ รู้สึกดีที่ได้ความรู้ เช่น ความรู้สึกไม่ดีในอดีตที่ผ่านมาแล้ว การใช้สิ่งเสพติดหรือความกลัวในอดีตอย่างเช่น กลัวถูกทำโทษที่ทำผิดไม่เคยคิดว่าจะมีผลถึงปัจจุบัน บอกยังมีความคิดว่าตนเองมีคนปองร้าย มีคนตามฆ่า เพราะได้ยินเสียงคนเรียกชื่อ และขู่จะฆ่า อยากหายหรือทุเลาจากอาการทุกข์ทรมานใจ จากอาการหวาดกลัว และยินดีจะบำบัดต่อไป

การสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อจบการบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกพอใจที่มีคนรับฟังปัญหาตนเป้าหมายของผู้ป่วยคืออยากหายทุกขใจเรื่องโรคและหายกลัวไม่อยากจะยินเสียงแว่วอีก ส่วนปัญหาครอบครัวแตกแยก ภรรยาเอาบุตรไปอยู่ด้วย ตนทุกขใจคิดถึงลูกอยากเอาลูกคืนมาอยู่กับตนเอง เป้าหมายคือไม่ได้อยากอยู่แบบทุกข์ทรมานแบบนี้

ได้มอบหมายการบ้านโดยให้ผู้ป่วยคิดทบทวนเพิ่มเติม ในสิ่งที่เกิดก่อนหน้าการเจ็บป่วยเช่น ความเครียด ความเจ็บปวดชอกช้ำทางใจ ความสูญเสีย ที่เป็นพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต เป็นการฝึกการรับรู้ของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วย Feedback หรือแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชั่วโมงบำบัด และต่อตัวผู้วิจัยในฐานะผู้บำบัด

เทคนิคสำคัญที่ใช้ในขั้นตอนนี้

- Socratic question ใช้คำถามเชิงเหตุผลหรือตรรกะในการช่วยผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบปัญหา และความเข้าใจในประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตของตนเอง

- Normalizing Hallucination เทคนิคการทำให้เป็นธรรมดา ว่าการได้ยินเสียงแว่วสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไปเพื่อช่วยลดความรู้สึกถูกตีตราและความอายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยหรืออธิบายเรื่องราวเกี่ยวกับอาการของตนเอง เข้าใจถึงภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ว่าอาจเกิดขึ้นได้ในบางสภาวะคนกับทั่ว ๆ ไป

-The patient's explanation for Hallucination ให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับประสาทหลอนของเขา แล้วจึงค้นหาคำอธิบายเหล่านี้เพิ่ม แต่ถ้าผู้ป่วยมีมุมมองว่าไม่ต้องการอภิปรายก็มีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินต่อไปโดยการใช้เทคนิค

- guided discovery การให้ผู้ป่วยอธิบายเหตุการณ์ความเป็นจริงในโลกปัจจุบันโดยการใช้คำถามเพื่อนำสู่ค้นหาความคิดทางลบบิดเบือนหรือความคิดหลงผิด หรือความคิดอัตโนมัติและอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และรูปแบบ Medical model จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการของเขาต่อไปได้เพื่อกำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน

-Educating / Psychoeducation ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยของเขายอมรับการแทรกแซง/การบำบัด และการเรียนรู้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการใช้เทคนิคการสอนง่ายๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลายและมีส่วนร่วมในการพูดคุยอธิบาย และได้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามได้เป็นระยะ และให้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการบำบัด และการมอบหมายการบ้าน

-Homework การมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปคิดทบทวนเพิ่มเติมในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือการมารักษาครั้งนี้ หรือความไม่สบายทุกด้านที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพื่อนำมาเล่าเพิ่มเติมในชั่วโมงต่อไป

-ให้ผู้ป่วยFeedbackหรือแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชั่วโมงบำบัด และต่อตัวผู้วิจัยในฐานะผู้บำบัด

อุปสรรคในการดำเนินการผู้ป่วยบอกว่า มีปัญหาการเขียน ไม่ค่อยได้เขียนหนังสือ สะกดคำไม่ถูก ไม่ค่อยอยากเขียนหนังสือกลัวเขียนการบ้านไม่ถูก เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจจึงตกลงร่วมกันว่า ให้ใช้วิธีคิดและจำมาเล่าให้ฟัง โดยจะเน้นการพูดคุยกันในชั่วโมงบำบัดแทน และพยาบาลจะช่วยเขียนให้ในจุดสำคัญเพื่อเอาไว้ทบทวน

การบำบัดครั้งที่ 3 การอธิบายรูปแบบทางความคิดเกี่ยวกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหู

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับการเผชิญหรือตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยหรืออาการหลงผิด ประสาทหลอนทางหู และการตอบสนองทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประโยชน์และผลกระทบเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไข

การดำเนินการ

ผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยเล่าหรือทบทวนการบ้านที่มอบหมายและเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตในปัจจุบันหรือวันที่ผ่านมา และการตอบสนองของตนเอง ทั้งทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเชื่อ และความเข้มข้นของอารมณ์ต่อความคิดนั้น โดยพบว่าในช่วงแรกที่ทำให้พูดถึงความมั่นใจในความเชื่อตนเองว่าเป็นเรื่องจริง เกิดขึ้นจริง ใช้เกณฑ์การให้คะแนน 0-100 คะแนน เป็นคะแนนของความเชื่อ และความรุนแรงหรือเข้มข้นของอารมณ์ที่มากที่สุดซึ่งผู้ป่วยเข้าใจผู้บำบัดแสดงความเข้าใจ และอธิบายให้เข้าใจว่า จะมีการติดตามความเชื่อมั่นนี้ตามระยะการบำบัด และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ชี้ให้เห็นลักษณะการตอบสนองต่ออาการที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่เหมาะสม โดยใช้แผนภาพ A-B-C Model และแผนภาพแนวคิดเกี่ยวกับเสียงแว่วและความเชื่อผิดแปลกมาประกอบการอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง และได้มอบหมายการบ้านโดยให้ผู้ป่วยสังเกต

ความคิดตนเองและคิดหาคำอธิบายหรือหลักฐานคัดค้านในทางอื่นที่แตกต่างไปจากเดิมและบันทึกไว้เท่าที่ทำได้แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันหรือหาคำอธิบายเพิ่มเติมอีกในช่วงต่อไป ให้ผู้ป่วยซักถาม และ feedback ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเข้าใจตัวเองดีขึ้น และมีกำลังใจอยากบำบัดต่อไป อยากรู้ว่ามันจะดีขึ้นอย่างไร

ข้อมูลการบำบัดในผู้ป่วยแต่ละคนในครั้งนี้มีดังนี้

ประเด็นหรือเหตุการณ์ที่ 1 มีประสาทหลอนทางหู เสียงผู้ชายเรียกชื่อ เชื่อว่าเป็นเสียงตำรวจจะมาจับเข้าคุกจริง

ความคิดอัตโนมัติ: ตายเท่านั้นที่แก้ปัญหาได้ 100 คะแนน

หลักฐานสนับสนุนความคิด: ได้ยินเสียงตำรวจสั่งให้ลูกน้องมาจับตนเอง (แต่ไม่เห็นตัว)

: ญาติกรรยาตามมาเอาเรื่อง พาตำรวจมาจับ

อารมณ์ความรู้สึก: กลัว 100 คะแนน กังวล 100 คะแนน หงุดหงิด 80 คะแนน

พฤติกรรม: บอกว่ากระวนกระวายใจ อยู่ไม่ได้ ใช้มีดกรีดคอ กรีดแขนตนเองที่บ้านปี 2557

ประเด็นหรือเหตุการณ์ที่ 2 หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายจะมาเอาชีวิตตนเอง เป็นญาติของกรรยาและคนในหมู่บ้านกรรยาบางครั้งเหมือนเห็นเงาดำๆผ่านไปมา

ความคิดอัตโนมัติ: ฉันไม่ปลอดภัย มันจะตามมามาฆ่าฉันแน่นอน

: ถ้าตายไปทุกอย่างคงจบ คงไม่ทุกข์ทรมานมากขนาดนี้

หลักฐานสนับสนุนความคิด: ตนเองไม่ถูกกับกรรยาและญาติฝ่ายกรรยาหลังเลิกจ้างกับกรรยาและ

ตนเองเคยสัญญากับญาติฝ่ายกรรยาว่าจะดูแลกรรยาเป็นอย่างดีก่อนแต่งงานถ้าตนเองผิดคำพูดมาฆ่าได้เลย

: ถูกปลุกฝังมาว่าถ้าทำผิดต้องได้รับการลงโทษ

อารมณ์ความรู้สึก: กลัว/กังวล 100 คะแนน

พฤติกรรม: บอกตนเองแยกตัวเอง ไม่กล้าพบปะใครแอบอยู่ในบ้านคนเดียว ขณะพูดคุยด้วยท่าที่กังวล ท่าทางระวังตัวประวิติอยู่บ้านใช้มีดกรีดคอ กรีดแขนตนเองปี 2557

ผู้บำบัดได้สรุปความเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์-ความคิด/ความเชื่อ-อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมตอบสนองต่อเหตุการณ์ทั้ง 2 เหตุการณ์ และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ พบว่าการตอบสนองด้านต่าง ๆ เกิดจาก ความคิด ความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ นั่นเอง แต่ตนเองก็ยังไม่มั่นใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่จริง ยังคงกลัวและกังวล ผู้บำบัดสรุปเกี่ยวกับเหตุการณ์ -ความคิด/ความเชื่อ-อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และได้ให้ผู้ป่วยเลือก 1 เหตุการณ์จาก 2 เหตุการณ์เพื่อนำมาช่วยกันแก้ไขตามกระบวนการ CBT ครั้งที่ 4 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานลดลง ผู้ป่วยบอกยินดี และเลือกเอาเหตุการณ์ที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

เทคนิคหรือทักษะที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่

- เทคนิคการใช้ Socratic question เพื่อนำไปสู่การอธิบายหรือค้นพบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การค้นหาหลักฐานในมุมมองของตนเอง เช่น มีหลักฐานอะไรบ้างที่ยืนยันให้คิดหรือเชื่อแบบนั้น

- การใช้ ABC Model การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบการอธิบายหรือความสัมพันธ์ของความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ให้มองเห็นว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่เหตุการณ์ที่มากระทบโดยตรงแต่อยู่ที่กระบวนการคิด และผู้ศึกษาได้ให้ความรู้ความเข้าใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงในทาง

ที่ดีขึ้นได้ ถ้าเรามีความเข้าใจที่ดี และวิธีการ CBT จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด เน้นความร่วมมืออย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการเป็นการเพิ่มความตั้งใจเป็นระยะ

-การใช้ Normalizing Hallucination เทคนิคการทำให้เป็นธรรมดา เสี่ยงว่าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

-มอบหมายการบ้าน (Homework) ให้ผู้ป่วยไปคิดทบทวนเพิ่มเติมในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือการมารักษาครั้งนี้ หรือความไม่สบายใจทุกด้านที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพื่อนำมาเล่าเพิ่มเติมในชั่วโมงต่อไป

-ให้ผู้ป่วย Feedback หรือแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชั่วโมงบำบัด และต่อตัวผู้วิจัยในฐานะผู้บำบัด

การบำบัดครั้งที่ 4 กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความคิดหลงผิดและประสาทหลอน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับการเผชิญหรือตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยหรืออาการ และการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือเผชิญภาวะเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ที่เหมาะสม

การดำเนินการ

ผู้บำบัดให้ผู้ป่วย ทบทวนการบ้านและกิจกรรมที่ผ่านมาทบทวนประเด็นความรู้สึกกังวล ทุกสิ่งเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยของตนเอง และให้ผู้ป่วยเลือกภาวะในการเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตในปัจจุบันวันที่ผ่านมาและการตอบสนองของตนเอง ทั้งทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้วิจัยสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ชี้ให้เห็นลักษณะการตอบสนองของตนเองที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่เหมาะสม โดยผู้บำบัดใช้ A-B-C Model ประกอบการสอนเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์นั้น และให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเชื่อ และความเข้มข้นของอารมณ์ต่อความคิดนั้น และอธิบายให้เข้าใจว่า จะมีการติดตามความเชื่อนี้ตามระยะการบำบัดจึงทำความเข้าใจว่า จะใช้เกณฑ์ที่ 0-100 คะแนน เป็นเกณฑ์เทียบน้ำหนักคะแนนการยึดมั่นในความคิดความเชื่อ และความรุนแรงหรือเข้มข้นของอารมณ์สำหรับประเมินตนเองซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้เมื่ออธิบายตัวอย่างวิธีวัดเพื่อใช้ในการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของตนเองตามระยะการบำบัด และสอนวิธีการการเผชิญหรือจัดการทางความคิดที่เหมาะสมมีประโยชน์ต่อความคิดหลงผิดและประสาทหลอน โดยเน้นการนำผู้ป่วยไปสู่การค้นพบด้วยวิธีการหาคำอธิบายรูปแบบอื่นที่แตกต่างไปจากที่เคยคิดแบบเดิมที่ผู้ป่วยอธิบายไว้ใน การบำบัดครั้งที่3 และมีการอภิปรายสรุปร่วมกันและมอบหมายการบ้านในการฝึกการสังเกตและบันทึกความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

ข้อมูลการบำบัดในผู้ป่วยครั้งนี้มีดังนี้

ผู้ป่วยอธิบายทางเลือกในการคิดในทางอื่นในการบำบัดครั้งที่4ในทุกประเด็น เนื่องจากในการบำบัดครั้งที่ 3 ทำเฉพาะการสร้างคำอธิบายในมุมมองเดิมของผู้ป่วย ดังนี้

ประเด็นหรือเหตุการณ์ที่มีประสาทหลอนทางหู เสียงผู้ชายเรียกชื่อ เชื่อว่าเป็นเสียงตำรวจจะตามมาจับเข้าคุกจริง

ความคิดอัตโนมัติ : ตายเท่านั้นที่แก้ปัญหาได้ 100 คะแนน

หลักฐานสนับสนุนความคิด: ได้ยินเสียงตำรวจสั่งให้ลูกน้องมาจับตนเอง (แต่ไม่เห็นตัว)

: ญาติภรรยาคงตามมาเอาเรื่อง พาตำรวจมาจับ

อารมณ์ความรู้สึก: กลัว 100คะแนนกังวล 100 คะแนน หงุดหงิด 80 คะแนน

พฤติกรรม: บอกว่ากระวนกระวายใจ อยู่ไม่ได้ ใช้มีดกรีดแขนตนเองที่บ้าน ขณะอยู่ที่ตึกมีพุดพืชม่าคนเดียว ทำทางระวังตัว ไม่อยากเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

ประเด็นหรือเหตุการณ์ที่2หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายจะมาเอาชีวิตตนเอง เป็นญาติของภรรยาและคนในหมู่บ้านภรรยาบางครั้งเหมือนเห็นเงาดำๆผ่านไปมา

ความคิดอัตโนมัติ : ฉันไม่ปลอดภัย มันจะตามมาฆ่าฉันแน่นอน

: ถ้าตายไปทุกอย่างคงจบ คงไม่ทุกข์ทรมานมากขนาดนี้

หลักฐานสนับสนุนความคิด: ตนเองไม่ถูกกับภรรยาและญาติฝ่ายภรรยาหลังเลิกร้างกับภรรยาและตนเองเคยสัญญากับญาติฝ่ายภรรยาว่าจะดูแลภรรยาเป็นอย่างดีก่อนแต่งงานถ้าตนเองผิดคำพูดมาฆ่าได้เลย

อารมณ์ความรู้สึก: กลัว / กังวล 100 คะแนน

พฤติกรรม: แยกตัวเอง ไม่กล้าพบปะใคร แอบอยู่ในบ้านคนเดียว ขณะพูดคุยด้วยท่าทีกังวล ทำทางระวังตัว ใช้มีดกรีดคอตนเอง

สรุปการดำเนินการ

ผู้บำบัดให้ผู้ป่วย ทบทวนการบ้านและกิจกรรมที่ผ่านมาทบทวนประเด็นความรู้สึกกังวล ทุกข์ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยเขียนการบ้านได้ สามารถบันทึกการสังเกตความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมการตอบสนองของตนเองได้ แม้เขียนไม่ถูกในบางคำแต่สามารถอธิบายได้ ผู้วิจัยได้สรุปให้ครอบคลุมในรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง และช่วยบันทึกประเด็นสำคัญไว้เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวนในชั่วโมงต่อ ๆ ไป

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกวาระในการเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตในปัจจุบันวันที่ผ่านมาและการตอบสนองของตนเอง ทั้งทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม และชี้ให้เห็นลักษณะการตอบสนองของตนเองที่ไม่มีประโยชน์ หรือไม่เหมาะสม โดยผู้บำบัดใช้ A-B-C Model ประกอบการสอนเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมสอนวิธีการการเผชิญหรือจัดการทางความคิดที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์ โดยวิธีการใช้คำถามและเทคนิคการนำผู้ป่วยไปสู่การค้นพบวิธีการหาคำอธิบายต่อประสบการณ์หลงผิดประสาทหลอนของแต่ละคนในรูปแบบอื่นที่แตกต่างไปจากที่เคยคิดแบบเดิมที่ผู้ป่วยอธิบายไว้ใน การบำบัดครั้งที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเชิงตรรกะ และนำไปสู่การอธิบายในแนวทางอื่นได้ แต่ยังคิดนาน

การอธิบายของผู้ป่วย ในประเด็นที่1มีประสาทหลอนทางหู เสียงผู้ชายเรียกชื่อ เชื่อว่าเป็นเสียงตำรวจจะตามมาจับเข้าคุกจริง

ความคิดอัตโนมัติใหม่ : เราปลอดภัย 100 คะแนน

หลักฐานสนับสนุนความคิดใหม่: หลักฐานคัดค้านความคิดเดิมผู้บำบัดใช้คำถามเชิงตรรกะ ช่วยให้ผู้ป่วยหาคำอธิบายรูปแบบใหม่ได้ดังนี้ 1) ตนเองไม่ได้ยินชัดเจนว่าเขาพูดว่าอะไรบ้าง รู้แต่ว่าเป็นชื่อตนเอง ได้ยินเวลาอยู่เงียบๆ คนเดียว และไม่มีคนอื่นได้ยินด้วยขณะนั้น เคยถามมารดา แต่มารดาบอกไม่มีใครมาพูด

ไม่ได้ยินเสียงนั้น2) หลังเกิดเหตุการณ์กรรยาและลูกทิ้งไปยังไม่เคยมีใครมาทำร้ายตนเองเลย 3) ได้ยินเสียงแว่วมา 1 ปี ยังไม่เคยมีตำรวจมาหาหรือมาจับสักครั้ง4) ไม่ใช่เรื่องจริง เป็นอาการของโรคจิตเภทซึ่งรักษาได้5) หลังเข้ารับการรักษาในรพ.ได้1 อาทิตย์ยังคิดว่าได้ยินหูแว่วลดลงมาก และเสียงเบาฟังไม่ค่อยได้ยิน

อารมณ์ความรู้สึกใหม่ : กลัว 100 คะแนนลดลงเหลือ 5 คะแนนกังวล 100 คะแนนลดลงเหลือ 10คะแนน

พฤติกรรมใหม่ : บอกว่าจะไม่ทำร้ายตนเองอีก จะเล่าให้แม่ฟัง ไม่อยู่คนเดียว ขณะอยู่ที่ตึกไม่มีพูดบนพื้นพากับตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ได้

ผู้บำบัดได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามมอหมายการบ้าน และให้ผู้ป่วย แสดงความคิดเห็นต่อการบำบัดในช่วงนี้บอกพอใจ เข้าใจว่าความทุกข์ อยู่ที่ตัวเราคิด มองเห็นภาพตนเองแล้วบางครั้งนึกซ้ำ ตนเองคิดได้อย่างไร บอกจะตั้งใจฝึกปรับความคิดตนเองให้มีเหตุผลต่อไป และมอหมายการบ้านให้สังเกตติดตามความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองว่า เปลี่ยนแปลง คงอยู่หรือไม่อย่างไร

ประเด็นหรือเหตุการณ์ที่2หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายจะมาเอาชีวิตตนเอง เป็นญาติของกรรยาและคนในหมู่บ้านกรรยาบางครั้งเหมือนเห็นเงาดำๆผ่านไปมา

ความคิดอัตโนมัติใหม่ : ฉันทลอดภัย ไม่มีใครตามมาฆ่าฉันแน่นอน 90 คะแนน

หลักฐานสนับสนุนความคิดใหม่ :หลักฐานคัดค้านความคิดเดิมผู้บำบัดใช้คำถามเชิงตรรกะ ช่วยให้ผู้ป่วยหาคำอธิบายรูปแบบใหม่ได้ดังนี้ 1) ทุกครั้งเวลาเห็นเงาดำๆเคลื่อนไหวไปมาตนเองจะอยู่คนเดียวตลอด แต่เวลาอยู่กับคนอื่นจะไม่เห็น 2) เคยเดินออกไปพิสูจน์ดูแต่ก็ไม่เจอใคร 3) ที่ผ่านมามีเห็นเงาดำๆมาบ่อยครั้งแต่ก็ยังไม่เคยมีใครมาทำร้ายตนเอง 4) เป็นอาการทางจิตของโรคจิตเภท ไม่ใช่เรื่องจริง

อารมณ์ความรู้สึกใหม่ : กลัว กังวลลดลงเหลือ 10 คะแนน หงุดหงิดลดลงเหลือ 5 คะแนน

พฤติกรรมใหม่ : ไม่แยกตัวเอง มั่นใจในการออกมาพบปะกับผู้อื่น ไม่ทำร้ายตนเอง ไม่ฆ่าตัวตายเพราะไม่มีประโยชน์ที่จะตาย

เทคนิคหรือทักษะที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่

-เทคนิคNormalization การทำให้เป็นธรรมดาสำหรับกรณีที่ต้องการพูดไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแหย่หรือเสียใจการที่เขามีอาการผิดปกติ ไม่รู้สึกอายหรือถูกตีตรา

-ส่วนการใช้ A-B-C Technique ในขั้นตอนนี้ เพื่อทบทวนการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจแบบแผนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมการตอบสนองของตนเองในแต่ละประเด็นให้ ชัดเจนยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ และตอกย้ำให้เข้าใจความสัมพันธ์นี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ได้ในช่วงต่อไป

-เทคนิคการใช้ Socratic question คำถามเชิงตรรกะและเทคนิคการอธิบายในทางอื่นผู้บำบัดใช้เป็นเทคนิคหลัก ที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาคำอธิบายในทางอื่นที่แตกต่างไปจากเดิมที่ช่วยให้การยึดมั่นความคิดความเชื่อเดิมลดลง โดยผู้บำบัดถามคำถามเชิงตรรกะช่วยให้ผู้ป่วยหาคำอธิบายในแต่ละประเด็นอย่างมีเหตุผล มากพอที่ผู้ป่วยจะได้ข้อสรุปทางความคิดที่ต่างไปจากเดิม

- เทคนิค Belief modification/Modifying beliefs การปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขความเชื่อเกี่ยวกับการมีหูแว่ว การให้ความหมายของเสียงที่ได้ยิน ที่ทำให้ทุกข์ใจ

- เทคนิค Evidence counter evidence technique การค้นหาหรือตรวจสอบหลักฐาน จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าใจชัดเจนถึงความแตกต่างของความคิดและการตอบสนองที่ไม่มีเหตุผลในครั้งแรกกับการ คิดแบบใหม่และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- Alternative explanation technique เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้น ในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่เช่น การหาคำอธิบายต่อประสบการณ์หลง ผิดประสาทหลอนของแต่ละคนในรูปแบบอื่น ที่แตกต่างไปจากที่เคยคิดแบบเดิม

-Educating / Psychoeducationการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคจิตเภทและอาการที่ สำคัญที่พบได้ในโรคนี้ และสอนวิธีการการเผชิญหรือจัดการทางความคิดที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์

การบำบัดครั้งที่ 5 กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการจัดการกับอาการหลงผิดและประสาทหลอน วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับการเผชิญหรือการตอบสนองทางพฤติกรรมต่ออาการเจ็บป่วย ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประโยชน์และผลกระทบ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือเผชิญอาการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางพฤติกรรมที่ เหมาะสมหรือมีประโยชน์

สรุปการดำเนินการ

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการบ้านและ ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตของ ตนเองในวันที่ผ่านมาและการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง ทบทวนผลที่ได้ทำ กิจกรรมในการบำบัดครั้งที่ 1-4 และเชื่อมโยงให้เห็นการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วย ความสำคัญของผลกระทบและการควบคุมพฤติกรรมนี้ไม่ให้เกิดซ้ำเพื่อมุ่งใจให้เห็นความสำคัญของการฝึก ทักษะทางพฤติกรรมเพื่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประโยชน์ซึ่งผู้ป่วย บอกถึงวิธีการตอบสนองของตนเองเมื่อมี ความคิดในแต่ละแบบได้

และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคโดยสรุปโดยเน้นอาการหลงผิด ประสาทหลอนทางหู และการ จัดการหรือเผชิญที่เหมาะสม ฝึกทักษะการเผชิญหรือการจัดการทางพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยใช้ A-B-C Model ประกอบการอธิบาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลที่จะเกิดขึ้นหลังเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ผู้ป่วยทบทวน เนื้อหา และสรุปการวางแผนสำหรับตนเองในทางเลือกที่มีประโยชน์ต่อตนเองต้องการและสามารถทำได้ ผู้ป่วย สามารถอธิบายหรือเลือกวิธีเผชิญหรือตอบสนองทางพฤติกรรม ต่อความคิดที่มีต่ออาการของตนเองได้เช่นในปัญหา หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายจะมาเอาชีวิตตนเอง เป็นญาติของภรรยาและคนในหมู่บ้านภรรยาบางครั้งเหมือนเห็นเงา ดำๆผ่านไปมาไม่รู้ความรู้สึกกลัว กังวลได้ตอบ แต่เมื่อผู้ป่วยมีความคิดเปลี่ยนแปลงดีขึ้นแล้ว กรณีการตอบสนองต่อ ความคิดความรู้สึก หลังจากผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยใช้ทักษะ เช่น การตอบสนองอย่างมีเหตุผล (Rational Responding) การสังเกตและบันทึกความคิดตนเอง สังเกตตนเองให้หยุดคิด (Thought Stopping) การวางแผนทำกิจกรรมประจำวัน ตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอนเพื่อลดอาการหูแว่วโดยการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าการแยกตัวอยู่คนเดียว กิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำได้แก่อ่านหนังสือ รดน้ำต้นไม้ เข้ากลุ่มพูดคุยกับผู้อื่น เมื่อกลับบ้านก็ทำงานบ้าน อ่าน หนังสือ สังเกตและบันทึกความคิดปัญหาที่มีประสาทหลอนทางหูการทดสอบความจริงของเสียงแว่วจากการถามผู้ที่

อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้นว่าได้ยินเสียงแบบที่เขาได้ยินหรือไม่อย่างไร ผู้บำบัดได้ฝึกให้ผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อเสียงอย่างมีเหตุผลให้บอกตนเองว่าเสียงที่ได้ยินไม่ได้มาจากภายนอกบอกตนเองว่าเป็นเสียงแว่ว ไม่ต้องทำตามเหมือนกับว่ามันเป็นจริง หลีกเลียงความสนใจในเสียง(Distraction technique) โดยการพูดคุยกับเพื่อน เข้ากลุ่ม ทำงานที่ชอบ ผู้ป่วยทำงานตามหน้าที่ปกติได้ทุกอย่างด้วยตนเอง เพราะปกติอยู่บ้านคนเดียว ดูโทรทัศน์ สังเกตความคิด บอกตนเองให้หยุดเมื่อมีความคิดทางลบสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำต่อเนื่อง

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ แสดงความคิดเห็นต่อการบำบัดต่อผู้บำบัดด้วย ซึ่งผู้ป่วยมีความพอใจในกระบวนการบำบัดและตั้งใจที่ผู้บำบัดได้ช่วยเหลือ และสิ่งที่ได้แสดงความเห็นร่วมกันที่มีประโยชน์เช่น ตัวหนังสือในแบบบันทึกการบ้านสำหรับบางคนที่ยาว ผู้ศึกษาได้ปรับใหม่ให้ใหญ่ขึ้นกว่าปกติซึ่งผู้ป่วยรู้สึกพอใจที่อ่านง่าย และผู้ป่วยเสนอว่าควรมีที่สำหรับเก็บเอกสารการบ้านจะได้สะดวกในการทำและเก็บเป็นส่วนตัว ไม่ต้องฝากไว้กับพยาบาลเพราะเกรงใจ

เทคนิคหรือทักษะที่ใช้ในขั้นตอนนี้

-เทคนิคการใช้ Socratic Question คำถามเชิงตรรกะ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาคำอธิบายในทางอื่นที่แตกต่างไปจากเดิม ผู้วิจัยถามนำให้ผู้ป่วยหาคำอธิบายในแต่ละประเด็นอย่างมีเหตุผล มากพอที่ผู้ป่วยจะได้ข้อสรุปทางความคิดที่ต่างไปจากเดิม

-เทคนิค Rational Responding การตอบสนองอย่างมีเหตุผล การสังเกตและบันทึกความคิดตนเองสั่งตนเองให้หยุดคิด

- เทคนิค Reality Testing เป็นการช่วยผู้ป่วยในการระบุนความคิดที่ผิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เน้นพฤติกรรมปัจจุบัน ให้สนใจความเป็นจริง เป็นการพูดคุยโดยตรงสำหรับเหตุการณ์นี้ และเดี๋ยวนี้ เช่น การทดสอบเสียงแว่วจากการถามผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้นว่าได้ยินเสียงแบบที่เขาได้ยินหรือไม่อย่างไร

- เทคนิค Belief modification/Modifying beliefs การปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อเกี่ยวกับการมีหูแว่ว การให้ความหมายของเสียงที่ได้ยิน ที่ทำให้ทุกขใจ

-เทคนิค Behavioral attribution technique การนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย

-เทคนิค Rational Responding เป็นการตอบสนองอย่างมีเหตุผล หมายถึงการช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะหรือระบุอย่างถูกต้องในเนื้อหาของเสียงและเกี่ยวกับการรู้คิด และนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือกอื่น ๆ ที่เหมาะสม

-เทคนิค Thought stopping ใช้เมื่อมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอนเกิดขึ้น เขาสามารถพูดว่า “หยุด” กับตัวเอง หรือถามความคิดเพื่อให้ไปทางไกลกับตนเอง เพื่อที่จะหยุดความคิดในแง่ลบที่ไม่ดีต่อตนเอง

-Distraction techniqueเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเน้นที่กิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำได้แก่อ่านหนังสือ รดน้ำต้นไม้ เข้ากลุ่มพูดคุยกับผู้อื่น เมื่อกลับบ้านก็ทำงานบ้าน อ่านหนังสือ เมื่อเขามีหูแว่ว

- Activity Scheduling and detail planning การวางแผนทำกิจกรรมประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน มุ่งสนใจในความเป็นจริงเพื่อการสร้างแรงจูงใจ ระบุกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง ที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนดโดยเขาเอง เพื่อการยอมรับว่ามีความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และสร้างแบบค่อยเป็นค่อยไปที่ละขั้น ที่เขาสามารถทำได้

การบำบัดครั้งที่ 6 กลยุทธ์การป้องกันอาการกำเริบและยุติบริการ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจวิธีการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และสังเกตอาการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลบำบัดตนเองต่อเนืองที่บ้านและยุติบริการ

สรุปการดำเนินการ

ให้ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดเท่าที่จำได้แล้ว ผู้วิจัยช่วยสรุปทบทวนในส่วนสำคัญเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้เป็นผู้รักษาดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน ให้ระบุดึงความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มบำบัด ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และให้ทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการสำคัญทบทวนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับอาการทางจิตกำเริบที่เคยมีที่ผ่านมา และการจัดการตามประสบการณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยสรุปได้ว่า วิธีการบำบัดที่ทำมาทุกขั้นตอนเป็นประโยชน์ บอกว่า การตีความหรือสรุปความคิด โดยไม่มีเหตุผลหรือหลักฐานที่น่าเชื่อถือ ทำให้ตนเองทุกข์ใจ และทำให้คิดหมกมุ่นแบบเดิมไม่มีประโยชน์ เสียเวลา และได้เห็นความเปลี่ยนแปลงของตนเองในด้านความคิดในทางอื่นที่แตกต่างทำให้ อารมณ์ และ พฤติกรรมตนเองดีขึ้นและคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินตนเองมีค่าคะแนนความคิดหรือการยึดมั่นในความเชื่อลดลง

ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและวิธีการป้องกันอาการกำเริบโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมการสังเกตความคิดที่ทำให้เครียดหรือบิดเบือนทางลบและทบทวนวิธีการจัดการตามที่ฝึก แล้วให้ผู้ป่วยสรุปทบทวนวิธีการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และสังเกตอาการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยบอกได้ถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการ เช่น สิ่งเสพติด และความเครียด ถ้าจัดการหรือควบคุมได้จะไม่เกิดอาการอีก

จากการอภิปรายและสรุปร่วมกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและ feedback มอบหมายการบ้าน ในระยะติดตามหลังการบำบัด 1,3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินผล ผู้วิจัยทำการประเมินโดยแบบประเมิน PANSS-T เมื่อจบโปรแกรม และวางแผนติดตามผลหลังบำบัด ยุติการบำบัด ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ามีประโยชน์ อยากให้มีการบำบัดแบบนี้ต่อไป และคิดว่าถ้าตนเองทำได้ต่อเนื่องไปเรื่อยๆจะเป็นประโยชน์ดี และขอขอบคุณผู้บำบัดที่มีความเข้าใจในความทุกข์ของตน และให้การช่วยเหลือ และได้ให้หมายเลขโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อติดต่อสื่อสารหรือสอบถามขณะอยู่บ้านระหว่างรอครบติดตาม 1,3 และ 6 เดือน

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยทบทวนประเด็นความคิดหลงผิดและหวั่นของตนเอง ประเมินการยึดมั่นในความเชื่อ และอารมณ์ของตนเอง ให้เปรียบเทียบกับก่อนบำบัดผู้ป่วยทำได้และบอกว่า การบำบัดนี้มีประโยชน์ สรุปข้อมูลการฝึกตนเองและการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย พบว่าผลการประเมิน ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการหลงผิดประสาทหลอน หวั่นวิตกขึ้น ของการยึดมั่นในความเชื่อ อารมณ์ด้านลบ และพฤติกรรมการตอบสนอง เป็นไปในทางบวกและมั่นใจที่จะฝึกตนเองต่อเนื่อง ทำการประเมินโดยแบบประเมิน PANSS-T อาการทางจิตลดลงมากเมื่อเทียบกับก่อนบำบัด

เทคนิคหรือทักษะที่ใช้ในขั้นตอนนี้

- Relapse Prevention Strategy การป้องกันอาการกำเริบซ้ำ เป็นการประเมินสาเหตุ หรือ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหลัก ๆ ที่ทำให้เกิดการเพิ่มอาการทางจิต หรือแม้แต่อาการนำการแนะนำใหม่ๆ เกี่ยวกับวิธีการทางความคิดและพฤติกรรม ใช้สำหรับอาการทางจิต การพัฒนาในการวางแผนส่วนบุคคลเพื่อ ป้องกันอาการกำเริบและพัฒนาวิธีการจัดการความไม่สามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในอนาคต สอนผู้ป่วย และครอบครัวในการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อลดอาการทางจิต ช่วยในการแยกแยะสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดที่จะ กระตุ้นอาการและสอนวิธีเผชิญความเครียด

- Copping strategy enhancement (CSE) กลวิธีการส่งเสริมการเผชิญปัญหา สอนผู้รับ บริการในการพัฒนากระบวนการเผชิญปัญหา เพื่อลดผลของอาการด้านบวก และอารมณ์ด้านลบ

- Homework การมอบหมายให้ทำการบ้าน เป็นการเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย การบ้านที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสให้ความรู้แก่ตัวเอง ได้รวบรวมข้อมูล ความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับตนเอง มีโอกาสตรวจสอบดัดแปลงแก้ไขความคิดความเชื่อของตนเอง

- Feedback การสะท้อนกลับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่มีต่อการบำบัด การบ้าน ความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัด เพื่อประเมินถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดทราบถึงความก้าวหน้าของการ บำบัด และผู้วิจัยจะได้ตระหนักและเข้าใจในตัวผู้ป่วย ดังนั้นก่อนสิ้นสุดการบำบัดทุกครั้งควรใช้เทคนิคนี้ ระยะติดตามผลหลังบำบัด 1,3 และ 6 เดือน

สรุปการดำเนินการระยะนี้ พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นของการยึดมั่นในความเชื่อหรือความคิดหลงผิด อารมณ์ด้านลบ และพฤติกรรมการตอบสนอง ยังมีอาการหลงผิดแต่สามารถจัดการกับความคิดและควบคุม อาการได้ ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถทำงานตามที่ผู้ป่วยเขียนแผน ประจำวันไว้ได้เช่น ทำงานบ้านช่วยมารดา รดน้ำต้นไม้ หรือพืชสวนครัวได้ ไม่ทำท่าแปลกๆ ผู้ป่วยบอกว่า ควบคุมความคิดตนเองได้ ผู้ป่วยเขียนการบ้านได้ ผู้ป่วยควบคุมความคิดอารมณ์ตนเองได้ ไม่มีอารมณ์ทุกข์ใหม่ เกิดขึ้น มีความรู้สึกต่อตนเองดี ไม่คิดหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเกิดขึ้น