

การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนงานวิจัยเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย

ณัฐิกา ราชบุตร กศ.ม.*

สุรียา ราชบุตร พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนคุณลักษณะของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดอาการด้านบวกและด้านลบด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย และเพื่อวิเคราะห์การศึกษาวิจัยนั้นและสรุปรูปแบบการบำบัดอาการด้านบวกและด้านลบด้วย CBT โดยได้สืบค้นการศึกษาวิจัยที่ตรงประเด็นจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต พบการศึกษาวิจัยจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2559 โดยเป็นกรณีศึกษาจำนวน 4 เรื่อง และเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 2 เรื่อง กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Beck และคณะ (1979) โดยรูปแบบการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยได้แก่ การบำบัดในโรงพยาบาลเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล มีเป้าหมายเพื่อลดอาการด้านบวก ส่วนในชุมชนเป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อลดอาการทั้งด้านลบและด้านบวกจากการศึกษาวิจัยทั้ง 6 เรื่อง แสดงให้เห็นว่า CBT สามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดอาการด้านบวกและด้านลบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทประเทศไทยที่เจ็บป่วยครั้งแรกและครั้งที่ 2 ได้ โดยประสิทธิภาพการบำบัดขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งของการบำบัดและความเชี่ยวชาญของผู้บำบัดด้วย และขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้รับการบำบัด คือ ผู้ที่มีการเจ็บป่วยระยะแรกและอาการรุนแรงน้อยประสิทธิภาพการบำบัดดีกว่า

คำสำคัญ : โรคจิตเภท การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Cognitive Behavior Therapy in Patients With Schizophrenia : Reviews for Research Based practice in Thailand

Natika Rachabutr M.Ed.*

Suriya Rachabudtr M.N.S.**

ABSTRACT

This study aimed to review the characteristics of the research study using Cognitive Behavior Therapy (CBT) for the treatment of positive and negative symptoms in schizophrenia patients in Thailand and to analyze those studies and summarize the model of CBT used for the treatment. The relevant studies were searched from online databases of academic libraries and related mental health databases and 6 research studies were found. The result showed that those studies were the parts of the master's degree program published from year 2005 to 2016. Four of them are case study researches and the two are quasi-experimental researches. The conceptual framework in those studies was created based on the literature reviews developed by Beck et al. (1979). The CBT model for schizophrenia patient admitted in the hospital in Thailand was the individual therapy to reduce the positive symptoms. While the CBT model in the community was the group therapy to reduce both negative and positive symptoms.

All six studies have shown that CBT can be used in Thailand to reduce the positive and negative symptoms in schizophrenic patients with the first and second illness. The effectiveness of treatment depended on the number of treatments and the therapist's expertise. In addition, the therapy was more effective in recipients with initial illness and less severe symptoms.

Keywords : Schizophrenia, Cognitive Behavior Therapy

* Lecturer, Faculty of Nursing Chaiyaphum University

** Lecturer, Faculty of Nursing Roi Et University

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 480,266 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.73 ของประชากรทั้งหมดและคิดเป็นร้อยละ 18 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดที่มารับบริการ¹ ภาวะการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทมีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างสูง² ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือ สารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว^{3,4}

อาการด้านบวกได้แก่อาการประสาทหลอน และอาการหลงผิด ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีอาการหลงผิด⁵ ส่วนอาการด้านลบผู้ป่วยจะมีสีหน้าเฉยเมย แยกตัวเอง พุดน้อยสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ 1. ปัจจัยทางพันธุกรรมโรคจิตเภทเป็นโรคสามารถถ่ายทอดถึงบุตรได้ ผลการศึกษาของ Holger J. Sorensen et al. (2014)⁶ พบว่าปัจจัยด้านพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท 2. ปัจจัยทางชีวเคมีสมมติฐานของสารโดปามีน (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากสารโดปามีนทำงานมากเกินไป (Hyperdopaminergic action) 3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงทางอารมณ์ต่ำ และ 4. ปัจจัยทางสังคม ประชากร เช่น เพศ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ต่ำ การอพยพสภาพที่อยู่อาศัยที่แออัด เป็นปัจจัยเสี่ยงของการมีอาการทางจิตประสาท และมีโอกาสดำเนินโรคเป็นโรคจิตเภท⁷ การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute phase) รักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) หรือรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้อื่น และควบคุมอาการส่วนการรักษา ระยะที่ 2 และ 3 (Maintenance phase and Stabilization phase) รักษาด้วยยาพร้อมกับรักษา ด้านจิตสังคมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ เรียนรู้การจัดการอาการร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง และป้องกันอาการกำเริบ ครอบครัวบำบัดเพื่อให้นยาติดดูแลผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ⁴

การบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ถูกพัฒนาขึ้นโดย Beck มีพื้นฐานแนวคิดคือ ความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆของคนเรา วิธีการบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม จากนั้นจะให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าวและตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้นผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดความและพฤติกรรมในผู้ป่วยหลงผิด 20 เรื่อง พบว่าส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีผลด้านบวก โดยที่กลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อติดแน่นลดลง (conviction) ความคิดหมกมุ่น (preoccupation) ต่อความเชื่อลดลง หลังบำบัดและในระยะติดตามผล พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการความคิดหลงผิดได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น⁸ สอดคล้องกับผลการทบทวนงานวิจัยการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 34 เรื่อง พบว่ามีประสิทธิภาพสามารถลดทั้งอาการด้านบวกและด้านลบได้⁹

นอกจากนี้การศึกษาเพื่อสังเคราะห์รูปแบบ การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมิน พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศจำนวน 10 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าสามารถนำรูปแบบ

การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม ไปใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาในการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางบวกได้ทั้งระยะการเกิดโรคครั้งแรกและระยะเรื้อรัง¹⁰ จากการศึกษาพบว่ายังไม่มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย ผู้เขียนจึงสนใจทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยว่ารูปแบบของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดอาการด้านบวกและอาการด้านลบด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย

2. เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยและสรุปรูปแบบการบำบัดอาการด้านบวกและอาการด้านลบในผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจากงานวิจัยในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

สืบค้นงานวิจัยที่ตรงประเด็นที่ศึกษาจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบ CBT ที่มีประสิทธิผลในการบำบัดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย โดยผู้เขียนดำเนินการดังนี้

1. การสืบค้นงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ใช้กรอบ PICO Framework¹¹ เป็นแนวทางในการสืบค้นกล่าว คือ

P (population) หมายถึง patients with schizophrenia

I (Intervention) หมายถึง Cognitive behavior therapy, Cognitive therapy

C (Comparison Intervention) หมายถึง

ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) หมายถึง Overall symptoms คำสำคัญที่ใช้สืบค้นได้แก่ schizophrenia, Cognitive behavior therapy, Cognitive therapy, Overall symptoms, การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, การบำบัดทางความคิด, โรคจิตเภท

ผู้ศึกษาคัดเลือกงานวิจัยทุกเรื่องที่พบในประเทศไทย ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษฉบับสมบูรณ์จากฐานข้อมูลฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของการศึกษาที่สืบค้นได้ สืบค้นด้วยตนเอง และความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพจิต

2. การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การ

ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิต และเบค¹² ประเมินแนวโน้มการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) 2. การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) และ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (assessing Implementation potential) โดยมีการประเมินใน 3 มิติ คือ 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ 3.2 ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง และ 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้

ผู้ศึกษาประเมินระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย โดยใช้ตามเกณฑ์ของเมลินีย์ และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005)¹³ แบ่งเป็น 7 ระดับ

ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มี

การสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (controlled trial, without randomized)

ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (case controlled and cohort studies)

ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative study)

ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งจัดเป็นลำดับสุดท้าย ในกรณีที่ไม่ม้งานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในหัวข้อนั้นๆ

ผลการศึกษา

ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยจากฐานข้อมูลต่างๆ มีงานวิจัยที่มีคุณภาพเกณฑ์การ

ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 6 เรื่อง คุณลักษณะงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหัพภาคที่ดีพิมพ์งานวิจัยคือ ปี พ.ศ. 2548-2558

แหล่งผลิตผลงานวิจัยมาจากมหาวิทยาลัยประเภทของงานวิจัยเป็นการวิจัยกรณีศึกษาความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับ 6 จำนวน 4 เรื่อง¹⁴⁻¹⁷ และเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมความเข้มแข็งของงานวิจัยระดับระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง¹⁸⁻¹⁹ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Beck และคณะ (1979) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาใช้ในประเทศไทย

	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
ผู้วิจัย	นายยุทธนา องอาจสกุล มัน (2548)	นางสาว อัจฉรา มั่งพานิช (2548)	นางบุญเรือง ร่วมแก้ว (2552)	นายสุริยา ราชบุตร (2552)	ชุมทรัพย์ ก้อนทอง วีณา จีระ แพทย์ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559)	เรืออากาศโท หญิงปัทมา แก้วสีใส (2552)
ระเบียบวิธีวิจัย	Case study	Case study	Case study	Case study	วิจัยกึ่ง ทดลอง	วิจัยกึ่ง ทดลอง
รูปแบบการบำบัด ประเภทผู้ป่วย	รายบุคคล First episode+ chronic (IPD)	รายบุคคล First episode+ chronic (IPD)	รายบุคคล First episode+ chronic (IPD)	รายบุคคล First episode+ chronic (IPD)	รายกลุ่ม First episode+ chronic (OPD)	รายกลุ่ม First episode+ chronic (OPD)
ลักษณะอาการ	หลงผิดและ หูแว่ว	หลงผิดและ หูแว่ว	หลงผิดและ หูแว่ว	หลงผิดและ หูแว่ว	อาการด้าน ลบ	หูแว่ว
จำนวนตัวอย่าง	4 คน	6 คน (drop out 3 คน)	7 คน	3 คน	40 คน	40 คน
ระยะเวลาในการ บำบัด	5 สัปดาห์ๆ ละ 3 ครั้งๆ ละ 15-60 นาทีต่อคน	5-6 สัปดาห์ๆละ 3 ครั้งๆละ 15-60 นาที ต่อคน ติดตามผล 1,6 เดือน	2 สัปดาห์ๆ ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30-90 นาที ต่อคน ติดตามผล 1 เดือน	2 สัปดาห์ๆ ละ 5 ครั้ง ครั้งๆละ 30-90 นาที ต่อคน	3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง ครั้งๆละ 60-90 นาที	6 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งๆละ 60 นาที

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
เครื่องมือวัดผลลัพธ์						
1. แบบบันทึกความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Self report)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)	-		✓		✓	-
3. Characteristics Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ)	-	-	-	-	-	✓
4. Brief psychiatric Rating Scale (BPRS)	-	✓	-	✓		✓
5. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการอากรหูแว่ว	-	-	-	-	-	✓
6. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ ด้านด้านลบ	-	-	-	-	✓	-
7. แบบประเมินระดับการรับรู้ อากร (Insight)		✓				

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
องค์ประกอบของ CBT						
1. การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินปัญหา	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ ผลกระทบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. ให้ความรู้เรื่อง ABC model	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. การใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้วยเทคนิค ABC model	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. ฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. กลยุทธ์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	-	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาใช้ในประเทศไทย (ต่อ)

	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6
ผลการบำบัด						
1. หูแว่วลดลง	✓		✓	-	-	-
2. อาการหลงผิดลดลง	✓		✓	✓	-	-
3. ยอมรับการเจ็บป่วย	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. ร่วมมือในการรักษา	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. รับรู้อาการหูแว่วลดลง	-	-	-	-		✓
6. ปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่ออาการทางจิตของตนเองได้	✓	✓	✓	✓	-	-
7. อาการด้านลบลดลง					✓	-

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย

สรุปองค์ความรู้การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบที่ 1 การบำบัดเพื่อลดอาการหูแว่ว อาการหลงผิดแบบรายบุคคล

คุณสมบัติผู้รับการบำบัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อายุระหว่าง 17-59 ปี การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา อาการทางจิตประเมินด้วย BPRS ก่อนเข้าสู่การบำบัด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน ซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย^{14,17} หรือประเมินด้วย PANSS-T คะแนน P.2 น้อยกว่า 4 คะแนน N.7 น้อยกว่า 3 คะแนน และคะแนน G.10 น้อยกว่า 2 คะแนน¹⁶ สามารถสื่อสารด้วย

คำพูดเข้าใจได้ สามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางสมองและติดสารเสพติดร่วมมือในการบำบัด¹⁴⁻¹⁷

คุณสมบัติผู้บำบัด

คุณสมบัติผู้บำบัด ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล วิชาชีพหรือนักจิตวิทยาที่ผ่านการฝึกทักษะกับผู้เชี่ยวชาญจนมีความชำนาญในการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท¹⁴⁻¹⁷

ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดจำนวนครั้งของการบำบัด 6-16 ครั้ง ละ 15-60 นาที ภายใน 2-5 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัด 1 และ 6 เดือน¹⁴⁻¹⁷

สถานที่ในการบำบัด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช¹⁵⁻¹⁷

วิธีการบำบัดมี 6 กิจกรรม¹⁵⁻¹⁷

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินอาการหูแว่ว อาการหลงผิดเพื่อสร้างความไว้

วางใจ ตกใจร่วมมือในการบำบัด โดยใช้เทคนิค socialization technique แจ้งวัตถุประสงค์ในการพูดคุย ขอบเขตโครงสร้างในการของบำบัด CBT ภาพรวมและในชั่วโมงโดยเน้นผลดีต่อผู้ป่วย เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลปัญหา ประสบการณ์ อารมณ์ความรู้สึก อารมณ์หงุดหงิด และวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของประสบการณ์ ความเชื่อ และอารมณ์โดยใช้ normalization technique ร่วมกำหนดเป้าหมายสู่การบำบัดเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินการใช้กลยุทธ์การจัดการปัญหาที่เกิดจากอาการ หูแว่ว หลงผิดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองในมุมมองใหม่เกี่ยวกับอาการหูแว่ว อาการหลงผิดโดยใช้ A-B-C Model ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว อาการหลงผิดของตนเอง รวมทั้งบอกถึงความคิดความเชื่อ อารมณ์ และการตอบสนองของตนโดยใช้ Socratic Question เพื่อสืบค้นหาหลักฐาน ความคิดและการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหด้วยตนเอง ซึ่งคำถามต่างๆอาจจะปรับให้เข้ากับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยบอกเล่า และผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมองความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป โดยใช้เทคนิค normalization สร้างความเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง สอนความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและให้ผู้ป่วยสามารถจัดการจัดการอาการหูแว่ว อาการหลงผิดและความรุนแรงของอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วอาการหลงผิดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับและตระหนักว่าอาการหูแว่ว อาการหลงผิดที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคจิตเป็นการเตรียมผู้ป่วยที่จะตีความอาการหลงผิดของตนเองใหม่โดยใช้ Evidence counter evidence technique , Reality testing มอบหมายให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองโดยการให้คะแนนระดับความเชื่อมั่นหลังจาก

อภิปรายร่วมกันในมุมมองใหม่สอนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเอง พร้อมทั้งเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจใหม่ Distraction technique เช่น การทำงาน การอ่านหนังสือออกเสียงดังๆ การฟังเพลง ใส่หูฟัง หรือการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ที่ผู้ป่วยชอบและมอบหมายให้ผู้ป่วยไปฝึกใช้กลยุทธ์การจัดการอาการทางเลือกใหม่ที่ผู้ป่วยวางแผนไว้

กิจกรรมที่ 4 กลยุทธ์การบำบัดด้านการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการหูแว่ว อาการหลงผิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับปัจจัย สาเหตุ ของการเกิดอาการหูแว่ว อาการหลงผิดและวิธีคิดของผู้ป่วยการเผชิญหรือการตอบสนองทางพฤติกรรมต่ออาการที่ไม่เหมาะสม หรือไม่มีประโยชน์และผลกระทบเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือเผชิญอาการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์โดยการทบทวน ผลการนำเทคนิคการจัดการอาการไปใช้รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางจิต ความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการควบคุมตนเองที่เหมาะสมเน้นย้ำข้อดีของการจัดการอาการด้วยวิธีที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้องให้เหมาะสมและถูกต้อง เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่ตามมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือเผชิญอาการเจ็บป่วยและการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับที่ประทับใจและไม่ประทับใจที่ผ่านมาในชีวิตและการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองเพื่อสืบค้นหาหลักฐานที่เป็นความคิดที่เกิดจากข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้องโดยใช้ socratic question, evidence counter, evidence technique, reality testing ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางจิต ความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการ

ควบคุมตนเองที่เหมาะสมเน้นย้ำข้อดีของการจัดการอาการด้วยวิธีที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคม การดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการวางแผนและพัฒนาแผนการที่จะควบคุมการป่วยซ้ำและการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ และเตรียมผู้ป่วยในการดูแลบำบัดตนเองต่อเนืองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับการบ้าน และสรุปภาพรวมการบำบัดให้ผู้ป่วยได้เห็นความก้าวหน้าของการบำบัดชัดเจนยิ่งขึ้น ประเมินความชำนาญในการนำทักษะการบำบัดไปใช้ได้จริงเมื่อประสบกับปัญหาหรือมีอาการเตือนของความคิดที่ผิดปกติก่อนที่จะมีอาการกำเริบตลอดจนทบทวนความรู้เรื่องโรค อาการ เน้นย้ำการรับประทานยาที่มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่จะลดอาการทางจิต และกลยุทธการเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเองทั้งหมดที่ได้ฝึกทักษะไป เพื่อที่จะควบคุมอาการ สามารถอยู่กับอาการหูแว่ว อาการหลงผิดได้โดยไม่ทำให้ทุกข์ทรมานเหมือนเช่นเคยและไม่รบกวนชีวิตประจำวันจนมีอาการกำเริบ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ รวมทั้งแนะนำแหล่งช่วยเหลือ

รูปแบบที่ 2 การบำบัดเพื่อลดอาการด้านบวกและด้านลบแบบรายกลุ่ม

คุณสมบัติผู้รับการบำบัด¹⁸⁻¹⁹

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี 2) มีระดับคะแนนอาการ ทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน โดยประเมินจากแบบ ประเมินอาการทางลบ The Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)¹⁸ หรือแบบประเมินการรับรู้อาการหูแว่วด้วยแบบประเมิน Characteristics Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ)¹⁹ มีระดับคะแนนอาการ 3-5 คะแนน มีอาการหูแว่วอยู่ในระดับปานกลาง ประเมินอาการทางจิตประเมินด้วย BPRS ก่อนเข้าสู่การบำบัด มีค่าคะแนน น้อยกว่า 30

คะแนน 3) ได้รับแผนการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ครบตามแผนการรักษา 4) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า 5) ไม่มีพยาธิ สภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม 6) สื่อสารภาษาไทย เข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย¹⁸⁻¹⁹

คุณสมบัติผู้บำบัด

พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกทักษะกับผู้เชี่ยวชาญจนมีความชำนาญในการบำบัดด้วย CBT และการทำกลุ่มเพื่อการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท¹⁸⁻¹⁹

ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

3-6 สัปดาห์ๆละ 1-2 ครั้งๆละ 60-90 นาที¹⁸⁻¹⁹

สถานที่ในการบำบัด

ห้องทำกลุ่มบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก¹⁸⁻¹⁹

วิธีการบำบัด

มี 6 กิจกรรม¹⁸⁻¹⁹

กิจกรรมที่ 1 ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยด้วยกันเอง และช่วงที่ 2 การประเมินองค์ประกอบด้านความคิด และพฤติกรรมผ่านสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยรับรู้ การปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิต สรุปความคิดความเชื่อเพื่อนำสู่การกำหนดเป้าหมายการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางลบ อาการหูแว่ว โดยช่วงที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยผู้ป่วยเคยได้รับและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ช่วงที่ 2 เป็นการนำเหตุการณ์ที่กล่าวถึงมาเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วยเหตุการณ์ที่มากกระตุ้น (A) ความคิด (B) และพฤติกรรมที่ตอบสนอง (C) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจองค์ประกอบของเหตุการณ์ ช่วงที่ 3 เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่เป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดอาการทางจิต ผ่านเหตุการณ์ต่างๆที่เคยเกิดขึ้นในอดีต

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องความคิดด้านลบ/ความคิดที่บิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการด้านลบ อาการหูแว่ว แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความคิด อัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ อารมณ์ และพฤติกรรม ABC Model และความคิดที่เบี่ยงเบนที่สัมพันธ์กับอาการทางลบ อาการหูแว่วผ่านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ช่วงที่ 2 ให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการวิเคราะห์เหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยหาหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านเพื่อนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้องต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การใช้กลยุทธ์ การจัดการกับความ คิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือน ด้วยเทคนิค A-B-C Model โดยฝึกทักษะในการ ดักจับ ตีความ และปรับความเชื่อที่บิดเบือนแบ่งกิจกรรมเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ทบทวนความคิดด้านลบ ตรวจสอบเกี่ยวกับความคิด อัตโนมัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองเกี่ยวกับการคิดที่มีเหตุ และผลตามความเป็นจริงที่มีเหตุมีผลและตามความเป็นจริงมากขึ้นจากองค์ประกอบด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยรับรู้ได้แก่การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรับเปลี่ยนความคิดต่อ ปัจจัยเหตุของปัญหา ช่วงที่ 2 ส่งเสริมผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิธีการการเผชิญปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากอันเป็นผลจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ช่วงที่ 1 การฝึกเปลี่ยนมุมมองเพื่อกลับไปสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน การฝึกผ่อนคลาย ความเครียด เพื่อเตรียมตนเองต่อการเผชิญปัญหาช่วงที่ 2 เป็นการทดสอบความน่าเชื่อถือของความคิด ด้วยการได้ ทดลองในรูปแบบต่างๆ และสามารถแก้ไขปัญหของตนเองเพื่อเป็นการช่วยในการฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 สรุปร ทบทวนทักษะ และประเมินผล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การนำทักษะการจัดการอาการตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้เมื่อประสบกับปัญหา เน้นย้ำการรับประทานยาที่มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่จะลดอาการทางจิต และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเองทั้งหมดที่ได้ฝึกทักษะไปเพื่อที่จะจัดการอาการ และให้ผู้ป่วยได้เห็นความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น หลังเข้าร่วมกลุ่มเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปรับตัว และสามารถจัดการอาการหูแว่ว อาการด้านลบได้ต่อไป

การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์ในการบำบัดคืออาการทางบวกและอาการทางลบซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T) แบบประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบและลักษณะอาการทางจิตฉบับภาษาไทย^{16,18}
2. Brief psychiatric Rating Scale (BPRS) แบบประเมินอาการทางจิตเพื่อวัดความรุนแรงของอาการทางจิต อาการหลงผิด อาการหูแว่วมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0-6 คะแนน 0 = ไม่มีอาการ 6 = อาการรุนแรงมากที่สุด¹⁷
3. Characteristics Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) แบบประเมินการรับรู้อาการหูแว่ว¹⁹
4. แบบประเมินระดับการรับรู้อาการ (Insight)¹⁵
5. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านด้านลบ (Self report) ประเมินความคิด ระดับความรุนแรงของอารมณ์ และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติด้านด้านลบ¹⁴⁻¹⁹

วิจารณ์

งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้ง 6 เรื่อง เป็นการศึกษาที่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานข้อมูลที่มีชื่อเสียง โดยลงในวารสารทางจิตเวชที่มีชื่อเสียงจำนวน 2 เรื่อง และจำนวน

4 เรื่องได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานะข้อมูลของมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย ในการตีพิมพ์ของการวิจัยแต่ละงานมีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการพิมพ์เผยแพร่ ในส่วนของผู้วิจัยพบว่าทีมผู้วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและกำลังศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวชมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมคุณภาพการศึกษาวิจัยทั้ง 6 เรื่อง ได้ระบุปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยมีการระบุทฤษฎีที่ใช้และมีการทบทวนวรรณกรรมที่เป็น primary sources มีการระบุการออกแบบการศึกษาที่ชัดเจนว่าเป็นการศึกษาแบบใด ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตัวแปรที่ศึกษามีการระบุกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม และมีการระบุเกณฑ์คัดเข้า คัดออกที่ชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยมีการอ้างถึงแหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้ การวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลใช้ค่าสถิติที่มีความเหมาะสมในเชิงวิจัยและตอบคำถามงานวิจัยได้ การสืบค้นและแหล่งสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตซึ่งเป็นแหล่งสืบค้นที่มีการคัดเลือกการศึกษาเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง แสดงให้เห็นว่า CBT สามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดอาการด้านบวกและด้านลบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในบริบทประเทศไทยที่เจ็บป่วยครั้งแรกและครั้งที่ 2 ได้ประสิทธิภาพการบำบัดขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งของการบำบัดและความเชี่ยวชาญของผู้บำบัดด้วย นอกจากนี้ปัจจัยผู้รับการบำบัดที่มีการเจ็บป่วยระยะน้อยและอาการรุนแรงน้อยประสิทธิผลการบำบัดจะดีกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. (2560)[Online]. ได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp> [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2561].
2. Cloutier M, Aigbogun MS, Guerin A, Nitulescu R, Ramanakumar AV, Kamat SA, et al. The

การทบทวนงานวิจัยการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทยในช่วงเวลา 10 ปี มีงานวิจัยที่มีระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 1-3 ยังมีน้อยมาก ทั้งที่รูปแบบการบำบัดที่นำมาใช้และผลการศึกษาวิจัยไม่มีความแตกต่างกันมากนักกับของต่างประเทศ อาจเป็นเพราะแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการบำบัดผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีเดียวกันกับต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย แต่จำนวนผู้บำบัดที่มีความเชี่ยวชาญยังมีน้อย ไม่เพียงพอ ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทของประเทศไทยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจึงจะเข้ามารับการรักษาส่งผลให้เป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง ระดับการศึกษาต่ำกว่าของต่างประเทศ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการร่วมมือในการบำบัดและประสิทธิภาพการบำบัด

รูปแบบการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทสำหรับประเทศไทยการบำบัดแบบรายบุคคลในแผนกผู้ป่วยใน และการบำบัดแบบรายกลุ่มในชุมชนน่าจะมี ความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย แต่ควรมีการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดให้กับบุคลากรเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิภาพการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทสำหรับประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. หน่วยงานควรจัดทำคู่มือสำหรับการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภททั้งรูปแบบรายกลุ่มและรูปแบบรายบุคคลสำหรับฝึกอบรมนุคลากรให้สามารถปฏิบัติได้จริง
2. ผู้บำบัดควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้ภาษาถิ่นเพราะจะทำให้เข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดีกว่า

- Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2013. *J Clin Psychiatry* [serial on line] 2016 [cited 2016 Jun;77](6):764–71. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27135986>
3. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมชย์ สุขคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2555.
 4. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.3.5.
 5. Ananyo G. Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures. *J Schizophr Res.* [serial on line] 2016 [cited 2016 August 3](2): Available from <https://www.researchgate.net/publication/318012024>.
 6. Sorensen HJ, Nielsen PR, Pedersen CB, Benros ME, Nordentoft M, Mortensen PB. Population impact of familial and environmental risk factors for schizophrenia : A Nationwide study. *Schizophr Res.* [serial on line] 2014 [cited 2014 Mar;153] (1–3): 214–9 Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24440494>
 7. Breetvelt EJ, Boks MP, Numans ME, Selten JP, Sommer IE, Grobbee DE .etal. Schizophrenia risk factors constitute general risk factors for psychiatric symptoms in the population. *Schizophrenia Research.. Schizophr Res.* [serial on line] 2010 [cited 2010 Jul;120](1–3):184–190. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20421160>.
 8. Kuipers E, Gretty P, Foler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, et al., London–East Anglia randomized control trial of cognitive–behavioral therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *British journal of psychiatry* 1997;171:319–327.
 9. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R and Laws K R., Cognitive –Behavioural Therapy For the symptoms of Schizophrenia: systemic review and meta–analysis with examination of potential bias. *The British journal of psychiatry* 2014;204(1):20–9.
 10. พิมพ์ฉนา สิริเหมอนนต์, อัจฉรา สี่หิรัญวงศ์, อทิตยา พรชัยเกตุ. การบำบัดการรู้คิด–ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวน หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57(2): 235–248..
 11. Craig JV, Smyth RL. The evidence–based practice manual for nurse. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002.
 12. Polit DF, Beck CK. *Nursing Research: Principles and Methods.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
 13. Melnyk BM, Fineout–Overholt E. *Evidence–based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
 14. ยุทธนา องอาจสกุลมั้น. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2548;13(2): 114–123
 15. อัจฉรา มุ่งพานิจ. กรณีศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้านการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- ที่มีผลต่อการรับรู้ถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
16. บุญเรือง ร่วมแก้ว. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับความคิดหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
 17. สุริยา ราชบุตร. การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหลงผิดโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
 18. ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จีระแพทย์, เพ็ญพัทธ์ อูทิส. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559.
 19. เรืออากาศโทหญิงปัทมา แก้วสีใส. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.