



# การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ

พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์ พย.ม.\*, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ พย.ด.\*\*,  
อติตยา พรชัยเกตุ ไหว ของ ประ.ด.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

**วิธีการศึกษา** สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้การศึกษาที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 10 เรื่อง เป็นการศึกษา meta-analysis 1 เรื่อง งานวิจัย randomized controlled trial 7 เรื่อง และ quasi-experimental design 2 เรื่อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

**ผลการศึกษา** การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทจำแนกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก มีเป้าหมายเพื่อปรับความคิดอัตโนมัติทางลบและความเชื่อที่ผิดปกติ 2) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการและสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ 3) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการหูแว่วมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการหูแว่ว

**สรุป** การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมสามารถนำไปใช้ร่วมกับยาในการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางบวกทั้งในระยะเกิดโรคครั้งแรกและเรื้อรัง การบำบัดรายบุคคลเหมาะกับผู้ป่วยในระยะเกิดโรคครั้งแรก สำหรับการบำบัดเป็นกลุ่มเหมาะกับผู้ป่วยในระยะเรื้อรัง อย่างไรก็ตามก่อนนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพและเลือกใช้รูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในคลินิกต่อไป

**คำสำคัญ** อาการทางบวก การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2): 235-248

\* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

\*\* ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



# Cognitive Behavior Therapy for Reducing Positive Symptoms in Patients with Schizophrenia: Reviews for Evidences-Based Practice

*Primchana Sirthemanun M.N.S.\*; Acharaporn Seeherunwong D.N.S.\*\*;  
Atittaya Pomchaikate Au-Yeong Ph.D. (Nursing) \*\**

## ABSTRACT

**Objective:** To synthesize models of cognitive behavioral therapy (CBT) for reducing positive symptoms in patients with schizophrenia from empirical evidences.

**Methods:** The evidence relevant to the area of study, was searched for electronic databases and printed studies. The search yielded 10 qualifying evidence which passed the criteria for evaluating research utilization and classification for strength of evidence. The evidence included in this study was 1 meta-analysis, 7 randomized controlled trials, and 2 quasi-experimental research designs. The evidence was analyzed and synthesized for recommendations regarding the application of CBT for reducing the positive symptoms in patients with schizophrenia.

**Results:** Three types of CBT were recommended. In type 1, individual CBT for patients with a first episode of schizophrenia aimed at adjusting automatic thoughts and distorted beliefs that caused positive symptoms or distress so that the symptoms could be alleviated. In type 2, CBT was for patients with chronic schizophrenia and was aimed at improving patients' coping strategies to handle their symptoms and solve their problems. In type 3, CBT was for patients with chronic schizophrenia and was aimed at improving patients' coping strategies to handle hallucinatory symptom so that the symptoms could be alleviated.

**Conclusion:** Before utilizing the recommendations in practice settings, pilot studies should be conducted to evaluate the effectiveness of each type of CBT and select the appropriate one for the target population.

**Keywords:** positive symptoms, cognitive behavior therapy, schizophrenia, evidences-based practice

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(2): 235-248

\* Somdet Chapraya Psychiatric Institute

\*\* Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ โรคจิตเภทแบ่งตามระยะเวลาที่ป่วยได้ 5 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid) 2) ระยะอาการนำ (prodromal) 3) ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) 4) ระยะต้น (early course) 5) ระยะเรื้อรัง (chronic phase)<sup>1</sup> แต่ที่กล่าวถึงในการศึกษานี้มี 2 ระยะ เนื่องจากการบำบัดทางจิตส่วนใหญ่ทำใน 2 ระยะนี้ คือ ระยะเกิดโรคครั้งแรกซึ่งมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนเกิดอาการแสดงและอาการแสดงต่างๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนื่องติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี<sup>2</sup> และระยะเรื้อรัง ซึ่งมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนเกิดอาการแสดงต่างๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทคือกลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) อาการทางบวกนี้สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ อาการทางบวก เป็นความผิดปกติด้านเนื้อหาของความคิด และการเชื่อมโยงความคิดร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ ซึ่งมีอยู่หลายอาการด้วยกันแต่ที่พบมากที่สุดและมีอาการเด่นชัดคือ อาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination)

อาการทางบวกจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น<sup>3</sup> และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว สมาชิกที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัว ระแวง และทนต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และอาการกำเริบบ่อยๆ ของผู้ป่วยไม่ได้ จากการศึกษาพบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การที่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล<sup>4</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา

ปัจจัยของการเกิดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทปัจจุบันพบว่ายังไม่สามารถหาข้อสรุปถึงสาเหตุของอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ชัดเจน แต่การศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้พยายามศึกษาถึงสาเหตุการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย และสาเหตุที่ได้รับการยอมรับกันมากที่สุดได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งทฤษฎีชีวเคมี ได้อธิบายว่าเกิดจากสารสื่อประสาทโดพามีนที่หลังมากผิดปกติใน mesolimbic tract<sup>5</sup> และน้อยเกินไปที่ mesocortical ซึ่งกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทมีสาเหตุจากการทำงานมากเกินไป (overactivity) ของ mesolimbic dopaminergic pathways และการยับยั้งการดูดกลับของ post-synaptic D<sub>2</sub> receptor ซึ่งสารสื่อประสาทเหล่านี้จะช่วยลดอาการทางบวกลงได้

การรักษาอาการทางบวกที่เป็นหลักคือ การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า (typical antipsychotic drugs) และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) ผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลันที่มีอาการทางบวกจะตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตได้ดีแต่ยังมีปัญหาการกลับเป็นซ้ำและมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-20 ที่ไม่ตอบสนองต่อยา<sup>6</sup> ผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังส่วนใหญ่การรักษาด้วยยาไม่สามารถรักษาอาการทางบวกให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นแบบคงสภาพ จากการศึกษาของเบเคอร์<sup>7</sup> พบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทจะหายไปถ้าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอีกประมาณร้อยละ 30 อาการก็ยังคงอยู่แต่ลดความรุนแรงลง และอีกร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต<sup>8</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม (CBT:cognitive behaviour therapy) มีประสิทธิผลในการลดอาการหลงผิดและหูแว่วได้<sup>9</sup> โดยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่บิดเบือน

ไปที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางบวกและความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยในการปรับกระบวนการคิด การให้ความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการประเมินตัดสินหรือตีความเหตุการณ์ขึ้นใหม่ สิ่งที่มากระตุ้นนั้นอาจมาจากภายในหรือภายนอกตัวผู้ป่วยก็ได้ การบำบัดจะช่วยลดอาการทางบวกหรือความทุกข์ทรมานใจจากอาการทางบวกของผู้ป่วยได้<sup>10</sup> และจากการติดตามผลในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางบวกลดลงตลอด 5 ปี<sup>11</sup> อย่างไรก็ตามรูปแบบการบำบัดมีความหลากหลายทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกนั้นยังมีการใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะ (course) ของการเจ็บป่วยต่างกัน ผู้เขียนจึงสนใจศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารูปแบบการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเป็นอย่างไร

## วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้รูปแบบ CBT ที่มีประสิทธิผลในการลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาใช้กรอบ PICO Framework<sup>12</sup> เป็นแนวทางในการสืบค้น กล่าวคือ

P (population) หมายถึง patients with schizophrenia

I (intervention) หมายถึง cognitive behavior therapy, cognitive therapy

C (comparison intervention) หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (outcome) หมายถึง positive symptoms, hallucination, delusion

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ schizophrenia, cognitive behavior therapy, cognitive therapy, positive symptoms, hallucination & delusion

ผู้ศึกษาคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษฉบับสมบูรณ์ ที่พิมพ์ย้อนหลังไป 20 ปี ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1990 - 2009 ที่เป็นการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis), randomized control trial (RCT) และ quasi-experimental design จากฐานข้อมูล The Cochrane Library 2005, CINAHL, ScienceDirect, PubMed, ProQuest Nursing & Allied Health source, Blackwell Synergy, SpringerLink และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของการศึกษาที่สืบค้นได้

## 2. การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบค<sup>13</sup> ประเมินแนวโน้มการนำไปใช้ในการปฏิบัติซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ 1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) 2. การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) และ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (assessing implementation potential) โดยมีการประเมินใน 3 มิติ คือ 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง และ 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้

ผู้ศึกษาประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ตามเกณฑ์ของ Melnyk และ Fineout-Overholt<sup>14</sup> ซึ่งได้แบ่งระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับดังนี้

**ระดับ 1 :** Systematic review หรือ Meta-Analysis ที่ได้จากการศึกษา RCT หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จาก Systematic review

- ระดับ 2** : Randomized controlled trials
- ระดับ 3** : Well-designed trials
- ระดับ 4** : Case control หรือ Cohort study ที่มี  
การออกแบบการศึกษาอย่างดี
- ระดับ 5** : Systematic review ของการศึกษา  
เชิงพรรณนา/ บรรยาย หรือการศึกษาเชิงคุณภาพ
- ระดับ 6** : การศึกษาเดี่ยวแบบพรรณนา/ บรรยาย  
หรือการศึกษาเชิงคุณภาพ 1 งาน
- ระดับ 7** : Expert opinion

### **ผลการศึกษา**

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับ  
CBT เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท จากฐาน

ข้อมูลต่างๆ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน  
14 เรื่อง ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ไม่พบงาน  
ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย คัดออก 4 เรื่องเนื่องจากไม่ได้  
ระบุวิธีการบำบัดไว้ ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้  
เหลืองานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินและสามารถ  
นำมาวิเคราะห์ได้ 10 เรื่อง เป็นการศึกษา meta-analysis  
(level I) 1 เรื่อง<sup>11</sup> RCT (level II) 7 เรื่อง<sup>2,9,16-22</sup> และ  
quasi-experimental design (level III) 2 เรื่อง<sup>20,21</sup>  
ดังแสดงคุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ในตาราง  
ที่ 1 และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะการบำบัดการรู้คิด-  
ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

หัวข้อ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7	เรื่องที่ 8	เรื่องที่ 9	เรื่องที่ 10
ผู้วิจัย	Zimmermann, et al. (2005)	Tarrier, et al. (1993)	Tarrier, et al. (1998)	Lewis, et al. (2002)	Tarrier, et al. (2004)	Wykes, et al. (2005)	England, (2007)	Mcleod, et al. (2007)	Wykes, et al. (1999)	Newton, et al. (2005)
ระเบียบวิธีวิจัย	meta-analysis	RCT	RCT	RCT	RCT	RCT	RCT	RCT	quasi-experi-mental group	quasi-experi-mental group
รูปแบบการบำบัด	individual	individual	individual	individual	individual	group	individual	group	group	group
ประเภทผู้ป่วย	first episode+ chronic	chronic	chronic	first episode	first episode	chronic	chronic	chronic	chronic	chronic
ลักษณะอาการ	ผู้ป่วย+หลังฉีด	ผู้ป่วย+หลังฉีด	ผู้ป่วย+หลังฉีด	ผู้ป่วย+หลังฉีด	ผู้ป่วย+หลังฉีด	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย
จำนวนตัวอย่าง	14 เรื่อง	27 ราย	87 ราย	309 ราย	225 ราย	85 ราย	65 ราย	29 ราย	21 ราย	22 ราย
drop out	-	4 ราย	15 ราย	10 ราย	84 ราย	15 ราย	5 ราย	9 ราย	11 ราย	4 ราย
ระยะเวลาในการบำบัด	6 wks-9 mos	6 wks	10 wks	5Wks+ booster ใน 3 mos	5wks+ booster ใน 3 mos	7 wks	> 4mos	8 wks	12 wks	12 wks
<b>เครื่องมือวัดผลลัพธ์</b>										
1. Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS)		✓			✓	✓		✓	✓	✓
2. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)				✓	✓			✓		✓
3. Beliefs About Voice Questionnaire		✓	✓				✓	✓	✓	✓
4. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)		✓								
5. Psychiatric Assessment Scale										
6. Positive Symptom Elicited Questionnaire		✓	✓							
<b>องค์ประกอบของ CBT</b>										
1. กลยุทธ์ในการลดความเชื่อทางจิต		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
2. การแก้ปัญหา		✓	✓							
3. กลยุทธ์ในการลดความเชื่อเชิงการเกิดอาการกำเริบ			✓							
4. การพัฒนาความเข้าใจในระบอบการนึกจากอาการทางจิต				✓		✓	✓	✓	✓	✓
5. การมุ่งใจผู้ป่วยและการประเมิน						✓			✓	✓
6. สังเกตความเชื่อเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย						✓		✓	✓	✓
7. การเพิ่มความรู้อีกมีคุณค่าในตัวเอง						✓				✓
8. มีปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน							✓	✓		✓

### ข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำไปใช้

การบำบัดการรู้คิด - ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเคราะห์ได้ มี 3 รูปแบบคือ

**รูปแบบที่ 1 การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก (first episode)** เป็นการบำบัดรายบุคคล ซึ่งใช้โปรแกรมของฮาดด็อก<sup>15</sup> เป็นคู่มือในการบำบัด เหมาะที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลัน กล่าวคือเป็นการเจ็บป่วยครั้งแรกหรือครั้งที่สองซึ่งมีระยะเวลาป่วยไม่เกิน 2 ปี การบำบัดมีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความคิดความเชื่อที่ต่างกัน การบำบัดมุ่งเน้นในการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่ผิดปกติที่ส่งผลให้เกิดอาการทางบวก หรือความทุกข์ทรมานจากอาการทางบวก โดยมีเป้าหมายให้อาการของโรคสงบลงเร็วขึ้น<sup>4</sup>

#### คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด

1. ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย schizophrenia ตามเกณฑ์ DSM-IV และป่วยครั้งแรกหรือครั้งที่สองในเวลาสองปี<sup>4,16</sup>
2. มีอาการทางบวกซึ่งในที่นี้หมายถึง อาการหูแว่วและหลงผิด ภายใน 4 สัปดาห์หรือมากกว่า ซึ่งประเมินอาการทางบวกด้วยแบบวัด positive and negative syndrome scale (PANSS) มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 4 คะแนน<sup>4,16</sup>
3. ไม่มีอาการทางสมองและติดสารเสพติด<sup>4,16</sup>

#### คุณสมบัติของผู้บำบัด

แพทย์ พยาบาลหรือนักจิตวิทยาที่ผ่านการฝึกทักษะกับผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญในการบำบัดด้วย CBT และมีคู่มือประกอบการบำบัด<sup>4,16</sup>

#### ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

การบำบัดใช้เวลา 15-20 ชั่วโมง ภายใน 5 สัปดาห์ หลังรับไว้ในโรงพยาบาล และบำบัดกระตุ้นซ้ำใน 2 สัปดาห์ และ 1, 2 และ 3 เดือนหลังการบำบัดครั้ง

แรกและติดตามบำบัดต่อที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>4,16</sup>

#### สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะบำบัดควรเป็นแผนกผู้ป่วยใน<sup>4,16</sup>

#### วิธีการบำบัด

การบำบัดประกอบด้วย 4 ระยะซึ่งสรุปได้ดังนี้<sup>4,16</sup>  
ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพจิตและอาการทางจิตในมิติต่างๆ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด พฤติกรรมและอารมณ์ต่อการเกิดอาการทางจิตและให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกของการเกิดโรคและวิธีการรักษาโดยใช้แนวคิด stress vulnerability model  
ระยะที่ 2 ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดช่วยกันค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแล้วนำมาจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามระดับความรุนแรงของความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ จากนั้นนำปัญหาลำดับต้นๆ มาประเมินรายละเอียดและกำหนดแผนผังของสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการ (case formulation)

ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 การบำบัดและตรวจสอบผลการบำบัด ช่วงนี้การบำบัดจะเน้นที่อาการทางบวกโดยเฉพาะ และปรับเปลี่ยนสมมติฐานระหว่างความเชื่อที่ผิดปกติกับอาการหูแว่วและอาการหลงผิด ระบุปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยที่ช่วยบรรเทาอาการ รวมทั้งลดความรู้สึกทุกขใจที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางบวก

**รูปแบบที่ 2 การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรัง** ที่ป่วยมากกว่า 2 ปี ซึ่งมีอาการหูแว่วและหลงผิด เน้นการบำบัดเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีความกังวลใจ ทุกข์ใจกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลให้ความรู้สึกมีความมีคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองในทางลบ การบำบัดจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและป้องกันกรกลับเป็นซ้ำ

### คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM- IV-TR ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีอาการทางบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน อย่างน้อย 6 เดือน มีอายุระหว่าง 16-65 ปี<sup>9,17</sup>
2. ได้รับความรู้โรคจิตในขนาดที่คงที่ และสม่ำเสมอ<sup>9,17</sup>
3. ไม่อาการทางสมองและติดสารเสพติด<sup>9</sup>

### คุณสมบัติของผู้บำบัด

แพทย์ พยาบาล หรือนักจิตวิทยาที่ได้รับการฝึกอบรม CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเวช และมีผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ให้คำปรึกษาในการบำบัด<sup>9,17</sup>

### ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

การบำบัดใช้เวลา 20 ครั้งๆ ประมาณ 1 ชั่วโมงติดต่อกันทุกสัปดาห์หรือทุกสองสัปดาห์ และควรมีการกระตุ้นซ้ำเป็นระยะ<sup>9,17</sup>

### สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะบำบัดควรเป็นแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอกและติดตามทำต่อที่บ้านในกรณีที่บ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล<sup>9,11,17</sup>

### วิธีการบำบัด

การบำบัดมี 3 องค์ประกอบ ใช้เวลาองค์ประกอบละ 6 ครั้งและสรุป 2 ครั้ง<sup>9</sup> ดังนี้

#### 1. การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญอาการทางจิต (coping strategy enhancement, CSE)

ผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงเหตุผลของการบำบัดโดยผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องประสานความร่วมมือกันในการลดอาการทางจิตและอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นผลจากอาการทางจิต ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำว่าแม้ว่าผู้ป่วยและผู้บำบัดจะมีความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่างกัน ความเห็นของทั้งสองฝ่ายจะได้นำไปพิจารณาต่อไป อย่างไรก็ตามทั้งสองฝ่ายก็เห็นพ้องต้อง

กันว่าความทุกข์ใจเป็นสิ่งที่ไม่มีใครต้องการและต้องกำจัดให้หมดไป

ต่อจากนั้นผู้บำบัดจะประเมินอาการทางจิต ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต ผลกระทบหรือสิ่งที่เกิดตามมาจากอาการทางจิตและกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการทางจิตด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

หลังจากนั้นผู้บำบัดสอนวิธีการตรวจสอบอาการทางจิต โดยเริ่มจากการสอนให้ผู้ป่วย ตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เนื้อหาของความคิดหลงผิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ การระบุรูปแบบการรับรู้ผิดปกติสามารถทำได้ไม่ยาก เพราะการรับรู้ที่ผิดปกติส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นกฎ เป็นรูปธรรมและเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดจะได้รับการสอนให้ตระหนักรู้ถึงความคิดที่ผิดปกติ ผู้ป่วยบางรายสามารถระบุเนื้อหาความคิดที่ผิดปกติของตนได้ เช่น ขณะที่ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วย (insight) เพียงเล็กน้อย หรือปฏิเสธความเจ็บป่วย ผู้บำบัดจะขอให้ผู้ป่วยติดตามปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อความคิด

การบำบัดจะเลือกวิธีการเผชิญอาการที่ทำให้ง่ายก่อน และให้ความสำคัญกับการลดอาการทางจิตเป็นอันดับต้นๆ เนื่องจากอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการทำงานที่ของผู้ป่วย กลยุทธ์การเผชิญอาการทางจิตในหมวดต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจนำไปใช้โดยลำพังหรือใช้ร่วมกับการบำบัดอื่นๆ ได้แก่

1) กลยุทธ์ทางการรู้คิด: การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น (attention switching) การเพ่งความสนใจไปจุดใดจุดหนึ่ง (attention narrowing) การสอนตัวเอง (self instruction)

2) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม: เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวออกจากสถานการณ์ทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ (social disengagement) การตรวจสอบความจริง (reality testing)



3) กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ: เทคนิคการผ่อนคลาย และการฝึกการหายใจ

ผู้ป่วยจะต้องนำกลยุทธ์การเผชิญกับอาการไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ถ้าผู้ป่วยเกิดมีอาการขึ้นในช่วงเวลาของการบำบัดผู้บำบัดก็ต้องใช้สถานการณ์นั้นเป็นการปฏิบัติเหมือนในสถานการณ์จริง และมีการมอบหมายให้ไปฝึกเป็นการบ้าน และนำกลับมาทบทวนในช่วงต้นของการบำบัดครั้งต่อไป ถ้าพบว่ามีความก้าวหน้าในการจัดการกับอาการอย่างสมเหตุสมผลหรือไม่มี ความก้าวหน้าเลยใน 2 - 3 ครั้ง แรกผู้บำบัดก็จะเลือกเอาอาการอื่นที่มีอยู่มาทำการบำบัดต่อไปเรื่อยๆ และทำต่อไปตลอดช่วงของการบำบัด ทบทวนความก้าวหน้าของการบำบัดและกระตุ้นให้ผู้พื่อนำทักษะการจัดการกับอาการไปใช้กับอาการอื่นๆมาขยายผลระหว่างการทำบำบัด ครั้งสุดท้ายผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการแก้ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต<sup>9,17</sup>

## 2. การฝึกแก้ปัญหา (training in problem solving intensive)

1) อธิบายเหตุผลกับผู้ป่วยว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตของผู้ป่วยบกพร่องไปเนื่องจากความสามารถในการจัดระเบียบความคิดมีจำกัด เป้าหมายของการบำบัดก็เพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและสามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหาได้

2) ให้ผู้ป่วยบันทึกสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคและสาเหตุที่ทำให้เขารู้สึกยุ่งยากใจและความไม่พึงพอใจ เพื่อนำรายละเอียดไปวิเคราะห์ในการดำเนินการบำบัดครั้งต่อไป

3) อธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วย

3.1 การระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน

3.2 ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมและกว้างขวาง

3.3 ประเมินความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก

3.4 ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด

3.5 ปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เลือกไว้

3.6 ประเมินผลลัพธ์ ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นที่พอใจ ให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่และปฏิบัติตาม ให้รางวัลแก่ตัวเองในการใช้กลวิธีแก้ปัญหาได้สำเร็จ

4) ประยุกต์กลวิธีแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นนามธรรม (abstract) เช่น หมากรุก เกมส เป็นต้น จุดประสงค์ของการเล่นเกมส เพื่อระบุทิศทางเดินทางเลือก ซึ่งเปรียบเสมือนทางเลือกในการแก้ปัญหาว่าวิธีการเดินทางหามาวิธีใดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด และประเมินผลการเดินทางมาแต่ละครั้ง ระยะเวลาผู้บำบัดจะแสดงวิธีการแก้ปัญหาให้ดู และกระตุ้นให้ผู้พื่อนมีส่วนร่วมมากขึ้น

5) ให้ผู้ป่วยประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในสถานการณ์จริง เช่น การสมัครงาน การหาที่อยู่ใหม่ การทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่

6) ให้ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตจริง โดยนำอุปสรรคที่ผู้ป่วยพบในขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์รายละเอียดของปัญหา อภิปรายเกี่ยวกับทางเลือกและชักชวนการปฏิบัติ ต่อจากนั้นให้ผู้พื่อนกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติ และผลลัพธ์ผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง<sup>9,17</sup>

## 3. กลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ (strategies to reduce risk of relapse)

ช่วงสุดท้ายของการบำบัดเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและมองอนาคต ความเข้าใจของผู้พื่อนที่มีต่ออาการทางจิตในมุมมองใหม่จะช่วยให้ผู้พื่อนมาตรวจตามนัดและมีทัศนคติที่ดีต่อยา ทบทวนและอภิปรายเพิ่มเติมและวางแผนระยะสั้น ระยะยาวเกี่ยวกับการทำหน้าที่

ทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ผู้ป่วยจะนำสิ่งที่เคยเรียนรู้มาก่อนหน้านี้มาใช้ในการวางแผนและตั้งน้ำหนักถึงข้อดี ข้อเสียของการวางแผนที่จะใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่แย่ลงหรือกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัดจะทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและอภิปรายกลยุทธ์ซ้ำเพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ<sup>9,11</sup>

**รูปแบบที่ 3 การบำบัดการรื้อคิด-ปรับพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังที่มีอาการหูแว่ว**  
การบำบัดสามารถใช้ได้ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ประสิทธิภาพของการบำบัดไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัดแบบรายบุคคลนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า<sup>16</sup> การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังที่มีเฉพาะอาการหูแว่วจึงเหมาะกับ CBT แบบกลุ่ม รูปแบบของการบำบัดจะเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับอาการหูแว่วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วและความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการหูแว่ว ทำให้หูแว่วลดลงได้<sup>18</sup>

#### คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1. ผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นผู้ป่วยและวัยผู้ใหญ่ ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับหูแว่ว มากกว่า 2 ปี และได้รับการรักษาอาการทางจิต<sup>18-20</sup>

2. ไม่มีอาการทางสมองและติดยาเสพติด<sup>19,20</sup>

#### คุณสมบัติของผู้บำบัด

พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักอาชีวบำบัดที่ผ่านการฝึกทักษะกับผู้เชี่ยวชาญจนมีความชำนาญในการทำกลุ่ม CBT<sup>19-21</sup> และมีคู่มือประกอบการบำบัด

#### ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการบำบัด 6-8 ครั้ง จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การบำบัดในแต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัด 45 นาที<sup>13</sup> ถึง 1 ชั่วโมง<sup>19-21</sup>

#### จำนวนสมาชิกกลุ่ม

จำนวนที่เหมาะสม 6-8 คนต่อกลุ่ม<sup>18,19</sup> ผู้ป่วย

จะต้องมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วที่จะนำมาอภิปรายร่วมกัน<sup>18</sup>

#### สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ที่เหมาะสมที่จะบำบัดควรเป็นแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก<sup>18, 20, 21</sup>

#### วิธีการบำบัด

ครั้งที่ 1 ให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้างของกลุ่มขณะเดียวกันให้มีความรับผิดชอบตนเองและให้ความร่วมมือในการดำเนินการกลุ่ม<sup>18</sup>

ครั้งที่ 2 ให้สมาชิกร่วมกันตระหนักถึงลักษณะของอาการหูแว่วและร่วมกันแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับลักษณะของเสียงแว่วกับสมาชิกคนอื่น<sup>18-21</sup>

ครั้งที่ 3 ให้สมาชิกตรวจสอบผลกระทบจากความผิดปกติและรูปแบบของการเกิดเสียงแว่ว<sup>18-21</sup>

ครั้งที่ 4 ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากหูแว่วและวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น<sup>18-21</sup>

ครั้งที่ 5 ให้ตรวจสอบความเชื่อในพลังอำนาจจากเสียงที่สัมพันธ์กับปัจเจกบุคคลและตรวจสอบความสามารถในการควบคุมเสียงของผู้ป่วยซึ่งจะเป็นการทำนายอนาคต<sup>18-21</sup>

ครั้งที่ 6 เพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือจากกลุ่ม<sup>18-21</sup>

ครั้งที่ 7 ฝึกปฏิบัติกลยุทธ์การเผชิญกับอาการหูแว่ว<sup>18</sup>

ครั้งที่ 8 พัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับอาการหูแว่วที่จะนำไปใช้ต่อ<sup>18-21</sup>

#### บทบาทผู้บำบัด

ผู้บำบัดเป็นผู้นำกลุ่มคอยสนับสนุนให้เกิดการอภิปรายกันภายในกลุ่ม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การประสานความร่วมมือกัน มีความยืดหยุ่น อธิบายแก้ไขจุดที่เป็นปัญหาโดยใช้หลักยึดความเป็นปัจจุบัน

(here and now) ให้สมาชิกเลื่อกอธิบายเกี่ยวกับอาการหูแว่วสำรวจการควบคุมอาการและการช่วยเหลือตั้งความสามารถในการควบคุมอาการของผู้ป่วยออกมาให้ข้อมูลและจัดการกับความวิตกกังวล<sup>18</sup>

### บทบาทสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มร่วมกันให้เหตุผลตามความเหมาะสมของประสบการณ์จากอาการทาง หูแว่วของแต่ละบุคคลในช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสมและร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ทดลองกลยุทธ์ในการเผชิญกับอาการหูแว่วโดยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม<sup>18</sup>

### การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์นี้บ่งชี้ว่าคือ อาการทางบวก ซึ่งสามารถประเมินด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. positive and negative syndrome scale (PANSS) แบบประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบและลักษณะอาการทางจิต<sup>4,16,18,20</sup>
2. psychotic symptom rating scales (PSYRATS) แบบประเมินอาการทางจิต ซึ่งประเมินอาการหูแว่วและอาการหลงผิด เลื่อกเฉพาะส่วนที่วัดอาการหูแว่วและหลงผิดจึงใช้เฉพาะมิติด้าน delusion scale และ auditory hallucination scale<sup>4,16,18-21</sup>
3. brief psychiatric rating scale (BPRS) แบบประเมินอาการทางจิต เพื่อวัดความรุนแรงของหูแว่วและเนื้อหาความคิดจากประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตรายบุคคล การให้ความหมายสรุปออกมาเป็นรายข้อเพื่อยืนยันอาการหูแว่วและอาการหลงผิดของผู้ป่วยและบอกความรุนแรงของอาการ การให้คะแนน มี 7 ระดับตั้งแต่ 0-6 คะแนน; คะแนน 0 = ไม่มีอาการ; คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุด<sup>9,17,21</sup>
4. beliefs about voice questionnaire แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่ได้ยินและวิธีจัดการกับอาการหูแว่วที่ฝังแน่น ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะประเมินว่า

ผู้ป่วยมีวิธีจัดการ เข้าใจและตอบสนองต่ออาการหูแว่วอย่างไรโดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบันทึกด้วยตัวเอง<sup>18,20,21</sup>

## วิจารณ์

การศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ทั้ง 10 เรื่อง เป็นการศึกษาศึกษาที่ได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารทางจิตเวชศาสตร์ที่มีชื่อเสียง และมีค่า impact factor สูง ในการตีพิมพ์การศึกษาแต่ละงานมีการประเมินคุณภาพงานวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการพิมพ์เผยแพร่ ในส่วนของผู้วิจัยพบว่าทีมผู้วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช มีประสบการณ์ในการบำบัดด้วย CBT และศึกษาการบำบัดด้วย CBT อย่างต่อเนื่องและมีผลการศึกษากับ CBT หลายเรื่อง และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

คุณภาพการศึกษา การศึกษาทั้ง 10 เรื่อง ได้ระบุปัญหาเหตุผลในการทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการระบุทฤษฎีที่ใช้และมีการทบทวนวรรณกรรมที่เป็น primary sources ที่เกี่ยวกับอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหาในการนำ CBT มาใช้เพื่อลดอาการทางบวก มีการระบุการออกแบบการศึกษาไว้อย่างชัดเจน ว่าการศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบใด ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมโดยระบุเกณฑ์คัดเข้า คัดออก มีการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอกับการออกแบบการวิจัยและมีการปกปิดผู้ทำหัตถการและผู้ประเมินผล เครื่องมือที่ใช้มีการอ้างถึงแหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้คือ การวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลใช้ค่าสถิติที่เหมาะสมในเชิงวิจัย และตอบคำถามงานวิจัยได้

การสืบค้นและแหล่งสืบค้น ได้จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ฐานข้อมูลวิจัยทางด้านสุขภาพและการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง

หรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรือ การศึกษาที่บทความวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง ซึ่งเป็น แหล่งสืบค้นที่มีการคัดเลือกการศึกษาที่มีคุณภาพและ เป็นที่ยอมรับ

การศึกษา CBT ทั้ง 10 เรื่องแสดงให้เห็นว่า CBT สามารถลดอาการทางบวกได้ดีทั้งในผู้ป่วยจิตเภท ที่ป่วยเป็นครั้งแรกและในผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรัง แต่พบว่า CBT มีประสิทธิผลในการลดอาการทางบวก ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นครั้งแรกได้ดีกว่าในระยะเรื้อรัง แต่ ทั้งนี้ประสิทธิผลของการบำบัดก็ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ของผู้บำบัดด้วย ฉะนั้นผู้บำบัดควร ได้รับการฝึกอบรมด้วย CBT จากผู้เชี่ยวชาญ นอกจาก ตัวผู้บำบัดแล้วยังพบว่าเกิดจากปัจจัยของผู้รับการบำบัด ด้วย พบว่าการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลาสั้นกว่าและมีอาการรุนแรงน้อยกว่า ประสิทธิผลของการบำบัด จะดีกว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 ปี ถึงแม้ว่าการบำบัดด้วย CBT จะมีประสิทธิผลในการ ลดอาการทางบวกได้ดีแต่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มี เซาว์ปัญญาต่ำและไม่รู้หนังสือ เนื่องจากการบำบัด ต้องใช้กระบวนการคิดหาเหตุผล และมีการมอบหมาย การบ้านไปทำ

รูปแบบการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่ แนะนำเป็นบริบทของสังคมต่างประเทศ มีความแตกต่าง กับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแล จึงควรให้ผู้ดูแลและ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ช่วยเหลือเพื่อให้ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับอาการทางบวกได้อย่าง ต่อเนื่องในขณะที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน และควรมี การศึกษานำร่อง

### ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้ในการ ปฏิบัติงาน

1. หน่วยงานควรพัฒนาคู่มือในการบำบัด การรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวก และ

ฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งติดตาม นิเทศอย่างเป็นระบบ

2. ควรทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ศึกษา รูปแบบการบำบัดทั้ง 3 รูปแบบ เพื่อประเมินกระบวนการ บำบัดและประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้ง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ปรับปรุงก่อนขยาย ข้อแนะนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น

3. รูปแบบการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก ใช้ระยะเวลาในการ เข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนาน ต้องมีพยาบาลหรือ บุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการนำ ข้อแนะนำ (recommendations) ไปใช้ จึงต้องจัดระบบ การทำงานให้มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับ หน่วยงานจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในการดำเนินตามโปรแกรมจนครบและติดตาม ประเมินผล

4. ควรมีการเผยแพร่ข้อแนะนำรูปแบบการบำบัด การรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วย จิตเภท กับเจ้าหน้าที่มีสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้มีการศึกษาและ พัฒนาข้อเสนอแนะเป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป

### References

1. Leelahanaj T. Text book schizophrenia. The Psychiatric Association of Thailand. 1<sup>st</sup> edition Songkhla: Chanmuang printing; 2009.
2. Pruksachatkunakorn P. Psychiatry Volume 3. 2<sup>nd</sup> edition . Chiangmai:Faculty of Medicine Chiangmai University; 1991.
3. Lotrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Chonpim printing; 1999.

4. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randonmized controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002; 181:91-7.
5. Ruangtrakool S. Text book of Psychiatry. 9<sup>th</sup> edition. Bangkok: Ruenkaew printing; 2006.
6. Srisurapanont M, Disayawanich C. Text book of Psychiatry. Chiangmai: Sangsin; 1999.
7. Baker P. The development of the self care ability to detect early signs of recap individuals who have schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 1995; 4:261-8.
8. Buccheri R, Trygstad L, Dowling G, Hopkins R, White K, Griffin JJ, et al. Long- term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucination. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42:19-27.
9. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C. Randomized controlled trial of intensive cognitive behavioral Therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998; 317:303-7.
10. Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive behavioral therapy for medication resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000; 26:73-86.
11. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2005; 77:1-9.
12. Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurse. Edinburgh: Churchill Livinstone; 2002.
13. Polit DF, Beck CK. *Nursing Research: Principles and Methods*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
15. Haddock G, Tarrier N, Morrisson AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. Individual cognitive behavioral interventions in early psychosis. *Br J Psychiatry* 1999; 172:101-6.
16. Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, et al. Cognitive behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2004; 184:231-9.
17. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptom in schizophrenic patients: I. outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 162:524-32.
18. Mcleod T, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. part 1, part 2. *Br J Nurs* 2007; 4: 248-52 and, 5:292-5.
19. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effect of group cognitive behavior therapy for voices? A randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2005; 77:201-10.

20. Newton E, Landau S, Monks P, Shergill S, Wykes T. Psychological Intervention For Auditory Hallucinations : An Exploratory Study Of Young People's Voices Groups. J Nerv Ment Dis 2005; 193:58-61.
21. Wykes T, Parr AM, Landau S. Group treatment of auditory hallucinations: exploratory study of effectiveness. Br J Psychiatry 1999; 77:180-5.
22. England M. Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. Perspect Psychiatr Care 2002; 43:69-76.