

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการหูแว่ว
 - 1.1 ผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1.1 ความหมาย
 - 1.1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.1.3 ลักษณะอาการ
 - 1.1.4 การดำเนินโรค
 - 1.1.5 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.2 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2.1 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2.2 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
 - 2.3 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 2.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
 - 2.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - 2.6 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 2.7 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
 - 4.1 แนวคิดการจัดการกับอาการหูแว่ว
 - 4.2 รูปแบบการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)
4. โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการหูแว่ว

1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมาย ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกรัดกุมและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม/การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดและภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 2001)

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า แยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อึด (Blunter) สติสัมปชัญญะและเขาวัดปัญญาไม่ค่อยดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Sadock, B.J.&Sadock, V.A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่สามารถหาข้อสรุปถึงสาเหตุของอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้พยายามศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย และสาเหตุที่ได้ยอมรับกันมาก ได้แก่ ความเชื่อจากปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวเคมีและทางสรีรวิทยา และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ การศึกษาที่ผ่านมาเชื่อว่าปัจจัยทางพันธุกรรม น่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยจิตเภทจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคจิตเภทนี้สูงกว่าบุคคลทั่วไปถึงร้อยละ 5-10 และบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Townsend, 2000) อีกทั้งคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถึง 4 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า (Kaplan & Sadock, 1998) รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับยีนส์ผิดปกติที่พบว่าอาจมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมคู่ที่ 6 ด้วย (Cloninger, 1989 cited in Perry & Antai – Otong, 1995)

ทั้งนี้ยังพบว่าปัจจัยทางชีวเคมีเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการป่วยได้ โดยเชื่อว่าการมีสารโดปามีนหลังออกมามากเกินไปในสมองจะมีผลให้เกิดอาการทางจิต สมมุติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ไปยับยั้งการทำงานของสารโดปามีน เช่น Haloperidol, Chlopromazine และมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับยา/ สารที่ฤทธิ์ไปกระตุ้นการหลังของสารโดปามีน เช่น L-dopa, amphetamine (Heritch, 1990) รวมถึงสารสื่อประสาทตัวอื่นๆ ที่เชื่อว่ามีเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางจิต ได้แก่ norepinephrine, serotonin และ GABA โดยพบว่า norepinephrine ซึ่งมีมากใน Hypothalamus, Limbic system และ Cerebellum มีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้ ความจำ การมีแรงจูงใจ การหลับ – การตื่น ความวิตกกังวล GABA มีผลในการยับยั้งการหลังสารโดปามีน และ serotonin มีผลในการแสดงอาการทางจิตในด้านลบ สมมุติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาพบว่า ยาต้านโรคจิตชนิดใหม่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ Serotonin receptor มากกว่า Dopamin D2 receptor เช่น Clozaril, Risperidone, Sertindole สามารถบรรเทาอาการทางจิตในด้านลบและลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาอาการทางจิตได้ (Kaplan & Sadock, 1998)

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสรีรวิทยาโดยเฉพาะด้านกายวิภาคของสมองผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่ามีความผิดปกติทำให้เกิดโรคขึ้น โดยจากการตรวจ CT scans ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ส่วน ventricles ในสมองจะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ (enlarged ventricles) และมี cortical atrophy ในบางส่วนของ temporal lobe และ hippocampal nuclei

(Lieberman et al. 1992) จากการใช้ Xenon Technique และ Positron Emission Tomography (PET) พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ในส่วน frontal lobe ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Hypofrontality) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกระบวนการคิดการอ่านการวางแผนต่างๆ เสียไปขาดความริเริ่มและมีอารมณ์เฉยชา ผู้ป่วยที่พบความผิดปกติในสมองดังกล่าวจึงมักมีอาการทางด้าน negative symptoms มากกว่า positive symptoms (Andreasen & Black, 1991; Gur & Chin, 1999) ส่วนอาการทางด้าน positivesymptoms เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของ temporo limbic structures และ subcortical- cortisol interconnectivity โดยเฉพาะระหว่าง frontal cortex และ diencephalic limbic structure ที่ผิดปกติ เนื่องจากสมองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว อีกทั้งจากการชันสูตรผู้เสียชีวิตพบว่ามีความแตกต่างกันบริเวณ frontal cortex ของสมองผู้ป่วยจิตเภทที่ตายแล้วกับผู้ที่ไม่ได้ป่วย (Pitschel – Walz et. 2001)

1.1.2.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาทางด้านครอบครัว พบว่าประสบการณ์เลี้ยงดูของพ่อแม่ในทางลบเป็นปัจจัยสำคัญทำให้พัฒนาไปสู่ความอ่อนแอของบุคคลและอาจเกิดเป็นโรคจิตเภทในภายหลัง (Skagerlind et al. 1996: 403) โดยเฉพาะครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) การแสดงความเป็นมิตร (hostility) และการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์มากเกินไป (emotion overinvolvement) จะส่งผลกระทบต่อกลับเป็นซ้ำของโรคสูงกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Vaughn & Left, 1976) นอกจากนี้ภาวะตั้งเครียดจากสังคม เศรษฐกิจและเหตุการณ์ในชีวิตอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดโรคได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

จากการศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าสาเหตุของโรคจิตเภทมาจากหลายปัจจัย และแต่ละปัจจัยอาจส่งผลต่อผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากันซึ่งยังไม่สามารถสรุปเป็นสาเหตุที่แน่นอนได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวภาพกันมากขึ้น โดยเฉพาะทางด้านกายวิภาคของสมองและการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาทที่เริ่มมีความชัดเจนในการเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

1.1.3 ลักษณะอาการ

โรคจิตเภทจะพบความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) การผิดปกติด้านความคิด พบว่าเป็นลักษณะเด่นของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความคิดกระจัดกระจายไม่สัมพันธ์กัน (loosening of association) คิดเปลี่ยนเรื่องจากอีกเรื่องเป็นอีกเรื่อง (flight of idea) มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่สนใจความเป็นจริงของสังคมและ

สิ่งแวดล้อม มีความผิดปกติของเนื้อหาความคิด ได้แก่ ความคิดหลงผิดแบบต่างๆ ความคิดแตกแยก เป็นส่วนๆ หรือแปลกๆหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย (persecutory delusion) หรือพยายามควบคุมความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย หรือมีความคิดหลงผิดแบบแปลกประหลาด(สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2542)

ความผิดปกติด้านการรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการรับรู้ผิดปกติ ตามความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว การรับรู้ที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อยที่สุด คืออาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุดคือ ประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว รองลงมาคืออาการประสาทหลอนทางตาหรือการเห็นภาพหลอน อาการประสาทหลอนทางหูจะเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานที่ได้ยินเสียงแต่ไม่เห็นตัวตน สิ่งที่น่ากลัวคือการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายจากภาวะเสี่ยงที่สั่งให้ทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายจึงพบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทมักได้ยินรับรู้ความคิดของตนเอง ได้ยินการพูดโต้ตอบเกี่ยวกับตนเอง ได้ยินเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตนเองซึ่งผู้ป่วยมักจะโต้ตอบด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะมีอาการพูด ยิ้ม หรือหัวเราะคนเดียวและหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง (ไพรัตน์ พุกชาติคุณากร, 2534; Kaplan & Saddock, 1998)

ความผิดปกติด้านพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย คลุมคลั่ง เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเข้ามาเช่น มีความเครียดอย่างรุนแรง หรือไม่ได้ในสิ่งที่ตนต้องการหรือคาดหวัง แต่บางรายผู้ป่วยอาจไม่แสดงพฤติกรรมหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย ไม่พูด ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้กับสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมถดถอย จนบางรายที่มีอาการมากจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคม การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพบกพร่อง และบทบาทหน้าที่ต่างๆทางสังคมก็จะหมดไป เป็นการระงับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการของผู้ป่วยจะมี 2 ประเภท คือลักษณะอาการทางบวกและลักษณะอาการด้านลบ อาการทางบวกประกอบด้วยอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนเป็นสำคัญ (มานิช หล่อตระกูล, 2542) สำหรับอาการด้านลบประกอบด้วยอาการบกพร่องจากปกติ เช่น อาการพูดน้อย แยกตัวไม่สูงถึงกับใคร เกียงคร้าน ละเลยสุขอนามัย ขาดความกระตือรือร้น อาการด้านลบที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อาการซึมเศร้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอัตราฆ่าตัวตายมากกว่า 10 เท่าของคนปกติ(ไพรัตน์ พุกชาติคุณากร, 2534) นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มย่อยของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะอาการเด่น สามารถแบ่งได้ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

(1) ชนิดคาทาโทนิค (Catatonic type) มีอาการเด่นคือความผิดปกติเรื่องการ

เคลื่อนไหว มีอาการแข็งต่อต้านมาก ไม่พูด มีการเคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมายหรืออยู่ในท่าเกร็งหรือท่าแปลกๆ

(2) ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) มีอาการเด่นคือ การพูดแบบไม่มีแบบแผน อารมณ์ ร่าเียบ เฉย อารมณ์ไม่เหมาะสม แต่ไม่มีอาการอื่นๆที่เป็นชนิดหวาดระแวงหรือคาทาโทเนีย

(3) ชนิดหวาดระแวง(paranoid type) มีอาการเด่นคือหลงผิดและประสาทหลอน พบบ่อยทางหู เช่นได้ยินเสียงคนจะมาทำร้าย และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน

(4) ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตร่วมกับอาการต่างๆไปของโรคจิตเภท คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

(5) ชนิดอาการหลงเหลือ (residual type) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อน แต่ไม่รุนแรง เช่น อารมณ์ที่อึด การแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมแปลกๆ จะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนแต่ไม่ชัด

1.1.4 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปี ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกต เห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียนและขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านมาไป จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1995 ; Kendell, 1993) และจากการศึกษา พบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz ,Glazer, Mirza , Mostert, & Hafex , 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดขึ้นอาการกำเริบ จะเกิดอาการทางจิตเช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยโรคจิต

เภท และครอบครัวรอดดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการช้อยกินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al. 1989)

1.1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรก เมื่ออาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ในระยะนี้กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่าย และความเครียดนี้จะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบาปทพหน้าที่ที่ไม่ดี (Becker, 1988 as cited in Hamera, 1994)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีความรุนแรงค่อนข้างสูง ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้อาจมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้อีกและการป่วยซ้ำแต่ละครั้ง (Psychotic Episode) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสรรรสภาพในการดำเนินชีวิตที่เสื่อมลง (Deterioration of function) (APA, 1994) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 60 มีอาการกำเริบของโรคซ้ำได้อีกภายใน 1 ปี (Robert & Heinz, 2000: 1199) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคนี้อาจกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Baker, 1989: 32) จากการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปีของการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 22 ป่วยครั้งเดียวหรือป่วยซ้ำ 2-3 ครั้งแล้วหายขาด ร้อยละ 35 หายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ร้อยละ 8 อาการทุเลาแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อีกร้อยละ 35 เป็นบ่อยครั้งและมีอาการหลงเหลืออยู่มากหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) จากการศึกษ Breier et al. (1991) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 50 คน ในระยะเวลา 12 ปี ของการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายบกพร่องน้อยที่สุดคือ ระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะมีการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

จากภาวะความผิดปกติของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้และการกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตปกติลดลง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เนื่องจากต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในการดำรงชีวิตทั้งด้านการประกอบอาชีพ การไร้ที่อยู่อาศัย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระในการดูแลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จนอาจก่อให้เกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งผลกระทบที่มีต่อสังคมและชุมชนตามมา ทำให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานทางสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาพัฒนาและคิดค้นแนวทางการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.1.5 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นต้น (เกษม ดันติผลาชีวะ และ ลักษณา ธีรโมกษ์, 2536)

1.1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ดันติผลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดค้านม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536 และสมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

(1) ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ

- Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine และ Triflupromazine
- Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนปานกลาง ข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine
- Piperazine เป็นยาในกลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

ข. Thioxanthene เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupentixol และ Chopentixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

จ. Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมอง และออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก Block นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D₂ receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออกเนื่องจาก Chlorpromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยารักษาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation

sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม Phenothiazine มี eliminative pahse 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกินซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

(2) ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D₁ antagonist มากกว่าฤทธิ์ D₂ antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่การศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำ พบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extrapyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ

- Parkinsonism syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขนขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like faces)

- Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (orticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พู่คไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนิยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

- Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

- Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและคูคริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่าไม่ผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา anti parkinsonism ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ต้องรีบให้การแก้ไขโดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับ ประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิต ในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยาส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตมีอยู่ยาวนานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มากคือ

Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟาคคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตาผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลให้มึนคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดับสูงไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อมฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน

1.1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษา ด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

ก. การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

ข. กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรักษาทางจิต การเป็นตัวแทนที่ค้ำจุนใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงียบ (Trotzer, 1977)

ค. นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำจุนให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมหรือหลายๆ ปัจจัยร่วมกันที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วยนอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง การพยากรณ์โรคดี จะพบในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมาก มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วยเป็นกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมหน้าที่การงานเดิม ดีก่อนเกิดอาการ มีประวัติความผิดปกติทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นมาไม่นานก่อนการรักษา และผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคู่สมรส หรือมีญาติให้การดูแล (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และหากระยะนี้เป็นอยู่นาน นำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ ผลการรักษามีโอกาสที่จะเป็นไป 5 แบบด้วยกัน คือ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

- 1) หายขาดโดยไม่กลับมาอีก (recovery)
- 2) หายโดยกลับเป็นอีก (remission with relapse)
- 3) หายไม่สมบูรณ์ โดยพอจะเข้าสู่สังคมได้ (social remission) แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 4) เรื้อรัง แต่ไม่มีอาการรุนแรง (state chronicity) ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีความรุนแรงค่อนข้างสูง ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้อีกและการป่วยซ้ำแต่ละครั้ง (Psychotic Episode) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสรรรสภาพในการดำเนินชีวิตที่เสื่อมลง (Deterioration of function) (APA, 1994) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 60 มีอาการกำเริบของโรคซ้ำได้อีกภายใน 1 ปี (Robert & Heinz, 2000: 1199) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคนี้มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Baker, 1989: 32) จากการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปีของการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 22 ป่วยครั้งเดียวหรือป่วยซ้ำ 2-3 ครั้งแล้วหายขาด ร้อยละ 35 หายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ร้อยละ 8 อาการทุเลาแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อีกร้อยละ 35 เป็นบ่อยครั้งและมีอาการหลงเหลืออยู่มากหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) จากการศึกษา Breier et al. (1991) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 50 คน ในระยะเวลา 12 ปี ของการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายบกพร่องน้อยที่สุดคือ ระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะมีการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

จากภาวะความผิดปกติของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้และการกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตปกติลดลง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เนื่องจากต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในการดำรงชีวิตทั้งด้านการประกอบอาชีพ การไร้ที่อยู่อาศัย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระในการดูแลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จนอาจก่อให้เกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งผลกระทบที่มีต่อสังคมและชุมชนตามมา ทำให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานทางสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาพัฒนาและคิดค้นแนวทางการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้จะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรค พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเจ็บป่วยเท่า ๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวออกสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา ป่วยให้มีอาการนานมากกว่า 1 เดือนจะทำให้มีอาการกำเริบ ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้นมีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมา และมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูง

1.2. อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

อาการหูแว่วเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งหมายถึงการได้ยินเสียงที่ผิดไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอกหรือการรับรู้ความรู้สึกทางการได้ยินที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง (Asaad&Shapiro,1986; Kaplan & Saddock, 2003)

Buccheri, et al. (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วนั้นเกิดขึ้นในการอยู่ในฝูงชนที่แออัด และวุ่นวาย การอยู่ในสถานที่ที่เงียบเกินไป อาการอาจเกิดจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การสอบ การได้รับอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วอธิบายว่าถ้ามีเสียงจากภายนอกหรือขณะที่พูดคุยกับบุคคลอื่นหรือช่วงที่มีกิจกรรมอื่นๆเข้ามาแทรกเสียงเบาลงจนบางครั้งไม่ได้ยิน

Perona-Gracelan, Cuevas-Yust (1998) กล่าวว่า อาการหูแว่วเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น ขณะอยู่บนถนนที่การจราจรติดขัด อยู่ในสวนสาธารณะ หรืออยู่ในห้องที่สามารถได้ยินเสียงเครื่องยนต์ สถานการณ์เช่นนี้ทำให้เกิดอาการหูแว่วในอัตราสูง เพราะเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด อาการหูแว่วอาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยประสบสถานการณ์ทางสังคมที่ทำให้หงุดหงิดหรือวิตกกังวล เช่น การอยู่ในสถานที่ที่ไม่รู้จักและไม่สามารถสนทนากับผู้อื่น

Nayani, David (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วนั้นบางรายได้ยินเป็นเสียงดนตรี เสียงสัตว์ หรืออาจเป็นเสียงที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้

Garrett, Silva (2003) กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นการได้ยินเสียงของบุคคลซึ่งไม่มีตัวตนขณะนั้น อาจเป็นเสียงผู้หญิง เสียงผู้ชาย หรือทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงเพื่อนสนิท เสียงสมาชิกในครอบครัวหรือคนคุ้นเคยกัน หรือเสียงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว แหล่งที่มาของเสียงมีความแตกต่างกัน เสียงอาจดังมาจากภายในศีรษะ ภายนอกศีรษะหรือจากส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย อาจเป็นเสียงเดียวหรือหลายเสียง เสียงอาจพูดคุยกับผู้ป่วยหรือพูดถึงผู้ป่วย ในวันหนึ่ง

อาจเกิดเสียงมากกว่าหนึ่งครั้งและไม่สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้แน่นอนเพราะเสียงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยบางรายบรรยายลักษณะของเสียงว่าเหมือนความฝัน แต่ยังคงเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เสียงอาจจะเกิดขึ้นตลอดทั้งวันและมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้เลย

Hoffman (2003) กล่าวว่า อาการประสาทหลอนทางหูหรือ “หูแหว่ว” หรือ “เสียงแหว่ว” เป็นอาการผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบได้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย

Lee, Chong, Chan, et al, (2004) กล่าวว่า อาการหูแหว่ว เป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน (auditory perception) กล่าวคือเป็นการได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ได้มีต้นกำเนิดเสียงอยู่จริง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้ยินเป็นเสียง เช่น เสียงคนพูด เสียงพระเจ้าหรือเสียงปีศาจ หรือเป็นเสียงสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการหูแหว่ว คือ เป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน เป็นการได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ได้มีต้นกำเนิดเสียงอยู่จริง เสียงที่ได้อินจะมีลักษณะแตกต่างกัน เช่น เสียงคนพูด เสียงพระเจ้าหรือเสียงปีศาจ หรือเป็นเสียงสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

สาเหตุการเกิดอาการหูแหว่วในผู้ป่วยจิตเภทตามทฤษฎีชีวเคมีสันนิษฐานว่า อาการด้านบวกซึ่งรวมทั้งอาการหูแหว่วมีความสัมพันธ์กับ hyperactivity ของ dopamine เนื่องมาจากการค้นพบยา Chlopromazine ซึ่งมีผลต่อ dopamine D₂ receptor ทำให้อาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแหว่วลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2005) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาสาเหตุการเกิดอาการหูแหว่วในผู้ป่วยจิตเภท เชื่อว่าอาการหูแหว่วเกิดจากการทำหน้าที่ในการตอบสนองที่ผิดปกติของสมองที่เกี่ยวข้องกับภาษาและการได้ยิน เช่น สมองส่วน left hemisphere มีการตอบสนองขณะเกิดอาการหูแหว่ว (Green, Hugdahl, Mitchell, 1994) สมองส่วน temporal cortex และบางส่วนของ right middle temporal gyrus มีการตอบสนองต่อคำพูดภายนอก (external speech) ลดลงระหว่างที่อาการหูแหว่วเพิ่มขึ้น (Woodruff, Wright, Bullmore, et al. 1997) ความผิดปกติของสมองทำให้กระบวนการรับรู้ (cognitive processes) ภายในผิดปกติ เมื่อผู้ป่วยคิดในใจ (inner speech) จึงเข้าใจผิดว่าเป็นเสียงจากบุคคลอื่นและรับรู้ว่าจะดังมาจากภายนอก (McGuire, Silbersweig, Wright, et al. 1996) ปัจจุบันแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอาการหูแหว่วมากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาได้ยินยันสาเหตุที่แน่นอนได้

1.2.1 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแหว่ว

ในผู้ป่วยที่มีอาการหูแหว่ว ส่วนใหญ่มักเป็นเสียงคนพูด อาจเป็นเสียงคนที่รู้จักหรือไม่รู้จัก เสียงอาจชัดเจนหรือไม่ชัดเจน เสียงผู้ชายหรือผู้หญิง หรือทั้งหญิงหรือชาย อาจเป็นคน

คนเดียวหรือเป็นเสียงคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอๆ กัน นอกจากนี้จะมีลักษณะของการได้ยินเป็นเสียงสั่ง (command hallucination) ซึ่งผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงให้ไปกระโดดตึกตาย หรือสั่งให้ไปจับลูกซึ่งนอนแบเบาะอยู่ไปโยนลงคลอง เป็นต้น หรือบางรายได้ยินเป็นเสียงดนตรี (musical hallucination) ซึ่งเป็นอาการหูแว่วที่ไร้รูป หรือไร้พื้นฐาน (formless) ชนิดหนึ่ง คือ ไม่เป็นคำพูดแต่เป็นเสียงหึ่ง ๆ วิว ๆ หรือเป็นเสียงดนตรี (Asaad & Shapiro, 1986; Kaplan & Saddock, 2003; อ่างใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุกนิชย์, 2542)

อย่างไรก็ตาม นอกจากรูปแบบการได้ยินของเสียงที่หลากหลายดังกล่าวแล้ว ยังมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ซึ่งหากเกิดขึ้นมากเท่าใดย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากถ้าไม่สามารถจัดการกับอาการนี้ได้

Bucherri et al. (1997) ได้อธิบายลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยแบ่งเป็น 10 ด้านได้แก่

1) ความบ่อยครั้งของการมีอาการหูแว่ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหูแว่วเพียงวันละครั้ง ในขณะที่บางรายอาจมีอาการนี้ 5-6 ครั้งต่อวัน จากการศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีความบ่อยครั้งของการมีหูแว่วอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ไปจนถึงในหนึ่งหนึ่งวันผู้ป่วยจะได้ยินตลอด 24 ชั่วโมง (Bucherri et al. 1997)

2) ความดังของอาการหูแว่ว เสียงแว่วจะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่ และจะดังขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน เช่น ขณะพูดคุยอาจจะไม่ได้ยินเสียงหรือเสียงเบา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุกนิชย์, 2542)

3) ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่วหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการนี้ตลอดเวลาจนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความต้องการด้วยอาการหลงผิดต่างๆ ซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2538)

4) ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินอาจมีความชัดเจนหรือไม่ชัดเจน ซึ่งหากไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ จะมาส่งผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2538; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุกนิชย์, 2542)

5) ลักษณะของเสียงจากอาการหูแว่ว ลักษณะของเสียงในผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงพูดคำหยาบ พุดชม พุดข่มขู่ ต่อว่า หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุกนิชย์, 2542)

6) การทำให้ออกแวกหรือเสียสมาธิ อาการหูแว่วมักจะทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิหรือออกแวกได้และถ้าหากมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Haddock et al. 1999)

7) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน อาการหูแว่วเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับความทุกข์ทรมาน อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับภาวะอาการทางจิตเวชที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล (Hustig & Hagner, 1990)

8) การตอบโต้อาการหูแว่ว ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงสั่ง (command hallucination) ซึ่งผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงให้ไปกระโดดตึกตาย หรือสั่งให้ไปจับลูกซึ่งนอนแบเบาะอยู่ไปโยนลงคลอง เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

9) ความสามารถในการจัดการอาการ ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการหูแว่วได้ หรือยังไม่มีวิธีการในการจัดการอาการที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล อาจโกรธ ก้าวหรือเสียใจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นหรือผู้ป่วยเอง (Moller & Murphy, 2001)

10) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือพูดคุยกับผู้อื่น ในผู้ป่วยที่มีอาการนี้ตลอดเวลา จะมีพฤติกรรมแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง และยังทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลงด้วย (Linior et al. 2000; Moller & Murphy, 2001)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วต่างๆ ทั้ง 10 ด้าน เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากไม่ว่าจะเป็นด้านความคิด พฤติกรรมและการทำหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นจำเป็นต้องหาแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ประสบกับปัญหานี้ มีวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับตนเองและมีประสิทธิภาพ

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

Leininger (1994 อ้างในสรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับ

ผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยการเอาใจใส่โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่าความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่น ๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักป้องกันบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้การรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

อำไพ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการพยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่มีอิสระคือต้องให้การบำบัดตามคำสั่งแพทย์ 2) การปฏิบัติกึ่งอิสระ คือ ปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์

สรุปล การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบในการเข้าช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994 อ้างใน เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น , 2548) ประกอบด้วย

2.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น การเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคมและครอบครัว สุขภาพทั่วไปการเจ็บป่วยทางจิตและการตรวจสภาพจิต

2.2.2 การวิเคราะห์/การวินิจฉัย(Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคมเพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

2.2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

2.2.4 นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.2.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น

2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วยและการประเมินจากการทำงานของพยาบาล จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมีโนมติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ สิ่งแวดล้อมกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2.3 ระบบบริการ การพยาบาลในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้อง

ดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยาเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกยาชาติคุณากร, 2543)

ขณะที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการ ทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล
2. การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลเคลื่อนไหวร่างกายและ การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะทางด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาค และเสรีภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา

2.4 แนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้ง

ตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ
2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ ตามขอบเขตของกฎหมายได้นอกจากให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย
3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องการกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ(Rehabilitation)เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

2.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาวะ

2.6 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ

2.6.1 พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นเบื้องต้น การพยาบาล มีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2.6.2 พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการ

พัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น

2.6.3 พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

2.6.3.1 วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

2.6.3.2 กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

2.6.3.3 กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

2.6.3.4 ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

2.6.3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้อง ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

2.6.3.6 จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุม บทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้เฝ้าระวัง โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด

จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค พยาบาล จะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

2.7 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล รักษาฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้สู่ความเข้าใจดังกล่าวในการ ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหา สาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาล สาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์ อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย (Hickey, J.V. et al. 1999)

1. การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
2. การมีทักษะในการสอนอบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
3. การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
4. การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
5. บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)
6. การเป็นผู้นำและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
7. การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
8. บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
9. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
10. การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางการพยาบาล

การดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและ กิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการ พยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหา ทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและและผู้ที่ให้การดูแล ให้การ วินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับอาการหว่วและพฤติกรรมการ

การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนการในการจัดการกับอาการที่เหมาะสม ดำเนินการโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยต่างๆเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการและการรักษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และสอนกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้ได้ผลดี และลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

2) ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการจัดการกับอาการหูแว่ว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงสาเหตุ อาการและการรักษา สอนกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้ได้ผลดี ฝึกทักษะในการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งในการสอนและฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลายเช่นการสาธิต การทดลองปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ

3) ด้านการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภททั้งให้ในระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากดำเนินการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล

4) ด้านการประสานงาน ประสานงานกับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์โดยประสานงานกับผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ภายหลังการดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

6) ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางการแก้ไข พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการหิว

3.1 แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีผู้พยายามศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการอย่างกว้างขวาง เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนช่วยเหลือหรือส่งเสริม วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมามีการใช้คำที่หลากหลายในการอธิบายถึงความพยายามที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Coping) (Cohen & Berk, 1985; Middeloe & Mortensen, 1997) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) (Glimcher et al., 1986; Briere & Strauss, 1983) และการจัดการกับอาการ (Symptom management)

Kenfer & Goelick (1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อทำความเข้าใจถึงกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นในการควบคุมตนเอง โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการแสวงหาความช่วยเหลือและมีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการจัดการอาการด้วยตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ภายในขอบเขตการควบคุมตนเอง

The University of California at San Francisco, UCSF (1994) กล่าวถึงการจัดการอาการว่าเป็นพฤติกรรมกระทำที่เกิดขึ้นตามมาจากกระบวนการให้ความหมายเกี่ยวกับอาการ การที่บุคคลจะมีการจัดการกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกในการประเมินอาการของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลมีความคุ้นเคยกับอาการหรือเกิดความรู้สึกที่ดีจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการนั้นได้สำเร็จ วิธีการนั้นจะถูกกระทำซ้ำ แต่ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคยกับอาการและเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี การกระทำนั้นก็จะเกิดขึ้นน้อย

Haworth & Dlubay (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของบุคคลและการให้ความหมายแต่ละอาการ โดยพยาบาลอาจเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้กลุ่มอาการมาเป็นข้อมูลในการประเมินพิจารณาตัดสินใจและคิดค้นหาวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

สรุปการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่บุคคลจะต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ต่ออาการหรือการให้ความหมายที่เกี่ยวกับอาการ และผลที่เกิดจากการจัดการกับอาการมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การจัดการกับอาการด้วยตนเองจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลตนเองซึ่งกระทำโดยความรับผิดชอบในตัวเอง เพื่อจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพ

3.2 แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001) แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) เกี่ยวกับบุคคล (Person) สุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทั้ง 3 มิติ ดังนี้

- บุคคล (Person variables) เป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญมาก หากปัจจัยด้านตัวบุคคลนี้มีอยู่ก่อนอาการปรากฏ จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ซึ่งปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล (Demographic) เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological) รวมถึงบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิดและการจูงใจ ลักษณะทางสังคม (Sociological) หมายถึง ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา ลักษณะทางสรีระวิทยา (Physiological) ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การมีกิจกรรม ความสามารถทางร่างกาย รวมทั้งระดับพัฒนาการ (Developmental) ก็เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการ

- สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness) ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยเสี่ยง หมายถึง บุคลิกภาพที่เกิดขึ้นโดยกำเนิดและ/หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย โรคและการบาดเจ็บ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการเบี่ยงเบนอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพ

- สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึงบรรยากาศและสภาพภูมิหลังในสภาพการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งอยู่ในสภาพการณ์ที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานและสถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ

แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) ดังนี้

1. ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom Experience) เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา ซึ่งปรากฏในหลายมิติ มีลักษณะเป็นพลวัตร ประกอบด้วย 3 ส่วนที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ได้แก่

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปจากที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้น ต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด และแปลความหมายของข้อมูลในสิ่งแวดล้อม หรือในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยใช้ความรู้สึก

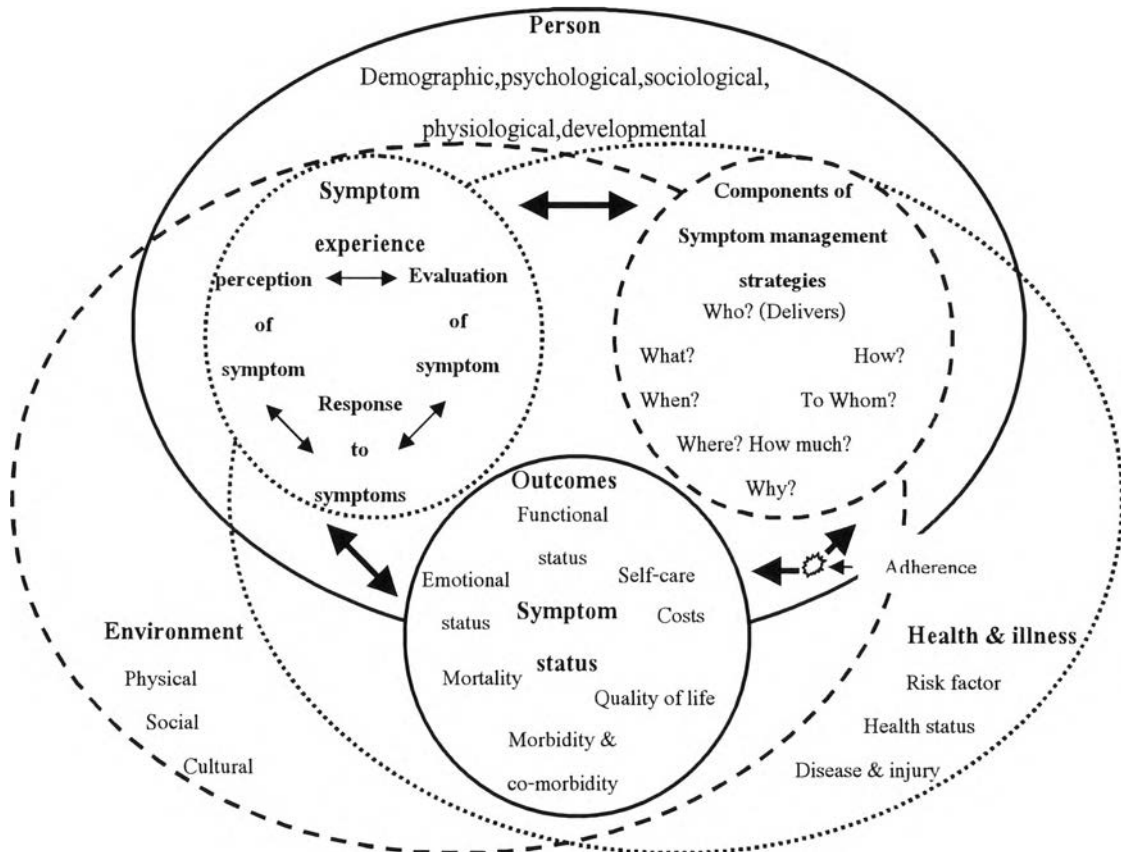
1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การประเมินตัดสินของบุคคล ต่อความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ การรักษา ที่เกิดขึ้นในลักษณะชั่วคราวหรือถาวร ความพิการที่เกิดขึ้นและอาการที่คุกคามต่อชีวิต สะท้อนถึงประสบการณ์จากอาการอันเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนร่วมกัน หรืออาจหมายถึง การตัดสินของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในเรื่องความรุนแรง สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดจากอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่งอาการที่เกิดขึ้น 1 อาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ลักษณะ ความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ เพื่อให้มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตัวเอง

2. กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงตามเวลาและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ทั้งด้านการรักษา ด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพ และวิธีการดูแลตัวเอง เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์จากอาการ โดยผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการกับอาการ อธิบายถึงลักษณะของวิธีที่ใช้ในการจัดการระยะเวลาการจัดการ สถานที่ที่ใช้ในการจัดการ เหตุผลที่ใช้ในการจัดการ ปริมาณของการจัดการ จัดกระทำเพื่อใคร และกระทำได้อย่างไร

3. ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) เป็นผลที่เกิดจากกลยุทธ์การจัดการกับอาการ ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการมี 8 ประการ ได้แก่ การทำหน้าที่ (Functional status) ความสามารถในการดูแลตัวเอง (Self-care) เศรษฐฐานะและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cost) คุณภาพชีวิต (Quality of life) กว้างทางอารมณ์ (Emotional status) อัตราการเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรค (Morbidity & co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) และมีสถานะของอาการ

(Symptom status) เป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากปัจจัยบ่งชี้อื่น ๆ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินได้จากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้



ภาพที่ 1 แสดงแบบจำลองการจัดการอาการ ตามแนวคิดของ Dodd et al., (2001)

5. โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่ที่พัฒนามาจากแนวทางการศึกษาของ ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอาการหิวแหว่จะมีกระบวนการจัดการอาการที่เป็นระบบเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงสาเหตุ อาการและการบำบัดรักษา และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการมีอาการหิวแหว่ กลวิธีที่เคยใช้ในอดีตร่วมกัน แล้วจากนั้นพยาบาลช่วยเสนอแนะวิธีการใหม่ ซึ่งแสวงหาได้ง่ายในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ในอดีตทำความเข้าใจร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์เดิมมาช่วยในการตัดสินใจ แสวงหาวิธีการที่นำไปใช้ในการลดอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยลดลงกับตนเอง และฝึกฝนทักษะในการจัดการ

อาการหูแว่ว โดยมีเป้าหมายคือลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง ซึ่งในโปรแกรมนี้ ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรมๆ ละ 50-60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต เป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกมีความคุ้นเคยรู้จักและไว้วางใจกัน ลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เป็นการทำความเข้าใจรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว โดยมีแผนการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา รวมถึงความสำคัญของการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว เป็นการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับสมาชิก ให้ผู้ป่วยเปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหูแว่วตามการรับรู้และการประเมินของตนเอง ถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหูแว่วและเปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหูแว่วตามประสบการณ์ของตนเองในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วนี้จะนำมาช่วยในการตัดสินใจ หรือแสวงหาวิธีการในการจัดการที่เหมาะสมด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง การสังเกตตรวจตราตนเองวิธีการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการที่เราจะจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าหากเรามีการสังเกตตรวจตราตนเองไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ก็อาจทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการได้ การสังเกตตรวจตราตนเองนั้น จะทำให้สนใจและเอาใจใส่กับอาการหูแว่วอย่างตั้งใจว่า เกิดขึ้นเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และอะไรทำให้แย่ลงหรือดีขึ้น และการทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเอง จะทำให้รู้ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอาการหูแว่วซึ่งจะเป็นประสบการณ์ในการระมัดระวังตัวหรือตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการอธิบายความเป็นมาของการนำวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว จะเป็นการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจ การมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การใช้กล้ามเนื้อเสียง การให้ความสนใจเอาใจใส่กับสิ่งที่เราสนใจ ซึ่งทั้งหมดนี้ตาและหู จะมีการทำงานประสานกันสามารถช่วยลดอาการหูแว่วได้

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการ วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย /หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการหูแว่ว เป็นวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตาม หรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงที่เราได้ยิน โดยวิธีการพูด “หยุด” การที่มีการเปล่งเสียงออกมา ส่วนการเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน วิธีการนี้เป็นการแสดงท่าทาง ทำเป็นว่าไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน จะช่วยลดอาการหูแว่วได้

กิจกรรมที่ 6 การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการเบี่ยงเบนหรือหันเหจากอาการหูแว่ว ด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปไปในสิ่งที่สนใจ โดยการใช้กล้ามเนื้อตา กล้ามเนื้อเสียงและใช้หูทำงานประสานกัน การปฏิบัติก็คือ ให้สมาชิกเลือกอ่านเรื่องที่รู้สึกสบายใจประมาณ 2 นาที เมื่อมีอาการหูแว่ว ในกรณีที่มีอาการมากขึ้น ให้หยุดอ่านหนังสือเรื่องนี้ แล้วให้ไปอ่านเรื่องอื่นๆ แทน

กิจกรรมที่ 7 การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al.,(2001) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง สำหรับวิธีการฮัมเพลงในการจัดการอาการหูแว่วด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่สนใจ โดยการใช้นิ้วชี้กล้ามเนื้อเสียงและการใช้หูทำงานประสานกัน ซึ่งมีการศึกษาวิจัยแล้วพบว่าสามารถลดอาการหูแว่วได้

กิจกรรมที่ 8 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการ สำหรับวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดในการจัดการอาการหูแว่ว เป็นการฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้นิ้วชี้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และลำไส้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีจะช่วยให้หัวใจเต้นช้าลง สมองปลอดโปร่ง ได้รับออกซิเจนมากขึ้น และทำให้รู้สึกคลายเครียด และลดอาการหูแว่วได้

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว เป็นการร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆ ของผู้ป่วยในการจัดการอาการหูแว่ว โดยมุ่งศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วยการวัดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการอาการหูแว่ว วิธีต่างๆ ที่นำไปใช้แล้วช่วยลดอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุดและวิธีการต่างๆ ที่นำไปใช้แล้วเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือช่วยลดอาการหูแว่ว

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมากมาย พอสรุปได้ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

ยาใจ สิทธิมงคล, เจริญ แจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณพลอด (2543) ได้ศึกษาสถานภาพผู้ป่วยจิตเวชในช่วงก่อนจำหน่ายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 140 รายพบว่าผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการจัดการกับอาการทางจิตอยู่ในระดับดี โดยวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุด 3 ลำดับแรกคือ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ 2) การพยายามไม่แยกตัว 3) การแสวงหาความช่วยเหลือ และยังพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากพยาบาลในระหว่างอยู่โรงพยาบาลสามารถร่วมทำนวยการจัดการกับอาการทางจิตได้ร้อยละ ($p < 0.05$)

วุฒิ ช่างมิ่ง (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา ในส่วนของการจัดการอาการด้วยตนเองพบว่า มีการใช้วิธีการในการแยกตนเองมากที่สุด เช่น อยู่ที่บ้าน นอน พยายามทนอยู่ร่วมกับอาการเหล่านั้น รองลงมาคือ ด้านการโต้ตอบกลับ เช่น พยายามคิดในทางบวก หลีกเลียงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการมากขึ้น ไม่สนใจหรือใส่ใจกับความคิดที่มารบกวน การเบี่ยงเบน เช่น ดูทีวี ฟังเพลง สวดมนต์ อ่านหนังสือหรือวารสาร เป็นต้น

ดวงแก้ว รอดอ่อง (2547) ศึกษาการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าในช่วงที่อาการสงบผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ามีอาการประสาทหลอนและมีการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ช่วงที่อาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่รับรู้อาการประสาทหลอนแต่ญาติสังเกตได้ สำหรับวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย พบว่าวิธีที่ใช้มากที่สุดคือการหาเพื่อนคุย/ไม่อยู่คนเดียว รองลงมาคือ การไม่สนใจ/ไม่ฟัง/ทำเฉยๆ ฟังเพลง/เปิดวิทยุต่างๆ บอกตัวเองว่าหูแว่ว หางานทำ ไม่ให้อยู่ว่าง ดูโทรทัศน์ การทำใจยอมรับ/การคุมสติ/ตั้งสติ ท่องนะโม ออกกำลังกาย ดมยาหอม และทำเสียงดังๆ ตามลำดับ

ธิดารัตน์ คณิงเพ็ชร (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน แบ่งโปรแกรมออกเป็น 10 ครั้งๆละ 50-60 นาที แต่ครั้งมีเป้าหมายดังนี้ (1)สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต (2)ประเมินประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว (3)สอนวิธีการติดตามตนเองเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (4)สอนวิธีการพูดคุยกับคนอื่นเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (5)สอนวิธีการพูด “หยุด” หรือ ไม่ทำตามเสียง เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (6)สอนวิธีคู่มือโทรศัพท์เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (7)สอนวิธีการอ่านหนังสือเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (8)สอนวิธีการฮัมเพลงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (9)สอนวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (10)ประเมินผลการจัดการกับอาการหูแว่ว ผลการวิจัยพบว่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยต่างประเทศ

Briere & Strauss (1983) ได้ศึกษาการควบคุมอาการด้วยตนเองโดยศึกษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 20 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามกึ่งโครงสร้าง พบว่าผู้ป่วย 17 คน มีการอธิบายถึงความพยายามที่จะควบคุมอาการด้วยวิธีการที่จำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การให้คำแนะนำแก่ตนเอง (self - instruction) เช่น การพูดกับตนเอง 2) การลดกิจกรรม (reduced involvement in activity) เช่น การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ การเดินเล่นหรือการอาบน้ำ เป็นต้น 3) การเพิ่มกิจกรรม (increase involvement in activity) เช่น การทำตนเองไม่ให้ว่างด้วยการทำกิจกรรมหรือทำงาน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้อธิบายถึงการพยายามในการควบคุมอาการเนื่องจากขาดความสามารถในการตรวจตราตนเองและประเมินตนเอง โดยการปฏิเสธอาการของตนเองและขาดแรงจูงใจที่จะพยายามควบคุมตนเอง

Cohen & Berk (1985) ได้ศึกษารูปแบบการเผชิญกับอาการของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทจำนวน 101 คน ที่คลินิกศูนย์บริการสุขภาพจิตแห่งหนึ่งโดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด – ปลายเปิด พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการใช้วิธีการเผชิญอาการซึ่งจำแนกออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่ การโต้ตอบกลับ (Fighting back) โดยพยายามฝึกหยุดคิด การใช้เวลานอก (Time out) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Isolated diversion) เช่น การดูโทรทัศน์ พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว การแยกตัวจากสังคม (Social diversion) การสวดมนต์ (Prayer) การรักษาด้วยยา (Medical) การใช้สารเสพติด (Drugs) การไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่ามีอะไรมาช่วยเหลือ (Dose nothing : helpless) และการไม่ทำอะไรเลยโดยยอมรับอาการนั้น (Dose nothing : accepting) สำหรับวิธีการเผชิญที่ใช้

บ่งชี้มากที่สุดคือ การโต้ตอบกลับ รองลงมาคือ การไม่ทำอะไรเลยยอมรับต่ออาการนั้น ส่วนวิธีการที่ใช้ใช้น้อยที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือการไช้ยา และการไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่าจะไม่มีอะไรช่วยเหลือ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะใช้วิธีการตอบโต้กลับการยอมรับต่ออาการบ่งชี้ที่สุดในการจัดการกับอาการซึมเศร้า อาการของโรคจิตเภทและปัญหาการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนวิธีการใช้เวลาออกและการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการแยกตนเองจะใช้บ่งชี้ที่สุดในการจัดการกับอาการวิตกกังวล สำหรับวิธีการรักษาด้วยยาจะใช้กันมากในการเผชิญอาการของโรคจิตเภทและอาการวิตกกังวล ส่วนวิธีการรู้สึกว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะพบบ่งชี้ในอาการของโรคจิตเภท และปัญหาการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในขณะที่วิธีการยอมรับต่ออาการจะถูกพบได้บ่งชี้ในอาการซึมเศร้า ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนวิธีการสวดมนต์ส่วนใหญ่มักจะใช้เป็นการเผชิญกับอาการของโรคจิตเภทโดยเฉพาะ และรูปแบบของการเผชิญอาการจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคล สังคม การทำหน้าที่ทางจิต ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประกอบอาชีพและผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ จะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวและผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น จะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .10$) และเพศชายและเพศหญิง จะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .10$)

Glimcher et al. (1986) ได้ศึกษาการใช้อาการในการติดตามและควบคุมอาการป่วยของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทของศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจำนวน 62 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดปลายเปิด พบว่าร้อยละ 98 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษาบอกได้ว่าตนเองเริ่มมีอาการไม่ดี โดยอาการที่พบบ่งชี้ที่สุดเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต ได้แก่ อาการหงุดหงิดกังวลใจ ตึงเครียดนอนไม่หลับ อ่อนแรงและอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อมีอาการไม่ดีเกิดขึ้น โดยการใช่วิธีการควบคุมอาการ ที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาตนเอง (Self-treatment) ได้แก่การรักษาด้วยยา (Self medication) การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือไม่สนใจอาการ (engaging in some diversionary activity or attempting to ignore the symptoms) กลุ่มที่ 2 มีพฤติกรรมในการค้นหาความช่วยเหลือ (seeking assistance from a mental health professional or mental health agency) และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมทั้งการรักษาตนเองและค้นหาความช่วยเหลือ (Self-treatment and seeking assistance)

Murphy & Moller (1993) ได้ศึกษาการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 95 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 76 คน โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 7 คน โรคซึมเศร้า 12 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อพัฒนาเครื่องมือการจัดการกับอาการ พบว่าวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่ถูกระบุจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของโคเฮนและเบิร์ค (Cohen &

Berk, 1985) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ(Distraction) 2) การโต้ตอบกลับ (Fighting back) 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) 4) การพยายามคิดในทางบวก (Attempts to feel better) 5) การแยกตัวเอง (Isolation) และการหลีกเลี่ยง (Escape behavior) โดยพบว่าวิธีการจัดการกับอาการในด้านที่ 1-4 จะเป็นวิธีการที่นำไปสู่การมีอาการคงที่ (stability) และมีภาวะสุขภาพดี ส่วนด้านที่ 5 จะเป็นวิธีการที่คงไว้ซึ่งการมีอาการคงที่แต่ไม่นำไปสู่การมีสุขภาพดี และด้านที่ 6 จะเป็นวิธีการนำไปสู่การมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ

Carter, Mackinnon and Copolov (1996) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาอยู่ใน Royal Park Hospital และศูนย์ชุมชนที่อยู่ใกล้ๆ จำนวน 100 คน โดยการสัมภาษณ์และเขียนวิธีจัดการกับอาการที่ใช้บ่อยลงในการตัดสินใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วใช้วิธีการจัดการกับอาการเมื่อรู้สึกทุกข์ทรมาน วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มที่ 1 ใช้วิธีอ่านดั่งๆ เล่นเกมส์ เขียนหนังสือ ฮัมเพลง พูดออกเสียง ใช้หูฟัง กลุ่มที่ 2 ใช้วิธีฟังเพลงหรือวิทยุ กลุ่มที่ 3 ใช้วิธีผ่อนคลายและพูดกับบางคนเกี่ยวกับเสียง กลุ่มที่ 4 ใช้วิธีแยกตัว/หลีกเลี่ยง ตอบสนอง เช่น ตะโกนกลับไป หรือใช้ยา และพบว่าวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุดไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตรงกันข้ามวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด เช่น ผู้ป่วยบอกว่าวิธีการอ่านดั่งๆ การพูดคุยกับผู้อื่น ได้ผลดีที่สุด แต่กลับมีผู้ป่วยใช้เพียงไม่กี่ราย

Buccheri, Trygstad, et al. (1996) นำรูปแบบการจัดการกับอาการมาประยุกต์ใช้เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแม้รับประทานยาสม่ำเสมอ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ๆละ 45 นาที ในแต่ละครั้งใช้การสอนอย่างมีแบบแผนและใช้เทคนิคการอภิปรายในกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีใหม่ๆ ในการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้บำบัดจะสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและให้ใช้วิธีที่สอนคราวละ 2 ครั้งเมื่อเกิดอาการหูแว่ว ผลการวิจัยพบว่าการใช้วิธีการจัดการกับอาการทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญ แต่จากการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่าลักษณะของอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน ความดังและจำนวนครั้งการเกิดเสียงลดลง และเสนอแนะว่าการจัดการกับอาการวิธีหนึ่งไม่สามารถใช้ได้กับทุกคนเนื่องจากประสบการณ์อาการหูแว่วแต่ละคนแตกต่างกัน และ 1 ปีต่อมาได้ศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเดิมว่าโปรแกรมมีผลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับอาการหรือไม่ โดยปรับเครื่องมือในการประเมินให้มีความไวและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังคงใช้วิธีจัดการกับอาการหูแว่วตลอด 1 ปี และลักษณะอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน น้ำเสียง และการทำให้วอกแวกลดลง และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมจากการที่มีผู้ป่วยออกจากโปรแกรมน้อย

Bucherri et al. (1997) ได้นำแนวคิดการจัดการมาใช้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจำนวน 12 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน โปรแกรมนี้มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ๆ ละประมาณ 45 นาที ซึ่งในแต่ละครั้งของโปรแกรมจะมีกระบวนการคือ การนำประสบการณ์การจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยมาสนทนาร่วมกันในกลุ่ม และนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เคยมีผู้นำ ไปใช้แล้วและสามารถลดอาการหูแว่วของผู้ป่วยได้ เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ การฮัมเพลง เป็นต้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงวิธีการจัดการร่วมกัน โดยช่วยให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาช่วยในการตัดสินใจ และวิเคราะห์ถึงวิธีการนำไปใช้และนำไปลองฝึกปฏิบัติที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีอาการหูแว่วลดลง

Middelboe & Mortensen (1997) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญกับอาการในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเป็นระยะเวลานาน (long-term mentally ill) จำนวน 98 คน ที่อยู่ในโคเปนฮาเกน (Copenhagen) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) พบว่าผู้ป่วยมีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลายวิธี โดยแบ่งเป็นวิธีการเผชิญกับอาการออกได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

- 1) การควบคุมด้วยการรู้คิด (Cognitive control) เช่น การเปลี่ยนแปลงความสนใจ การปรับตัวต่อปัญหา การระงับหรือการสกัดกั้นไว้ด้วยการเพิกเฉยต่อหูแว่ว
- 2) การควบคุมด้วยพฤติกรรม (Behavioral control) เช่น การเบี่ยงเบนด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฮัมเพลง อ่านหนังสือ การออกกำลังกายหรือการเปลี่ยนแปลงท่า การหมกมุ่น การทำงานหนัก
- 3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) การเพิ่มหรือลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- 4) การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physical change) เช่น การใช้ยา การใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 5) การใช้พฤติกรรมที่เป็นอาการ (Symptomatic behavior) เช่น การใช้พฤติกรรมที่เป็นพยาธิสภาพทางจิตสำหรับวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น การควบคุมการรู้คิดและการใช้ยารักษาอาการ จะเป็นวิธีการเผชิญที่มีความสำคัญและใช้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ในปัจจุบันวิธีการรักษาด้วยยา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพฤติกรรมจะถูกนำมาใช้บ่อยเป็นวิธีแรกและเป็นส่วนหนึ่งของการเผชิญทั้งหมด

Singh, Sharan และ Kulhara (2002) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก Nehru Hospital, Post-graduate Institute of Medical Education and Research ประเทศอินเดีย จำนวน 75 คน พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างน้อย 1 วิธีหรือมากกว่า วิธีการที่ใช้มีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรม จำนวนครั้งของการเกิดเสียงและความดังของเสียงมีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีจัดการกับอาการหูแว่วอย่างมี

นัยสำคัญ ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการเมื่อเสียงมีเนื้อหาไม่เป็นที่พึงพอใจเพื่อลดความดังและหยุดเสียง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้นเท่าใดผู้ป่วยจะพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลายวิธีมากยิ่งขึ้น วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การแสวงหาความช่วยเหลือ

Trygstad, Buccheri, Dowling et al. (2002) ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว กลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ใช้เวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 50 นาที กระบวนการในแต่ละครั้งประกอบด้วย (1) ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้วิธีการจัดการกับอาการในกลุ่ม (2) สอนวิธีการจัดการกับอาการวิธีใหม่และให้มีการอภิปราย (3) ให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติและอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน (4) ให้บันทึกผลการใช้วิธีจัดการกับอาการที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าลักษณะของอาการหูแว่วได้แก่ จำนวนครั้งการเกิดเสียง การควบคุมตนเอง ความชัดเจน น้ำเสียง ความวอกแวก ไม่มีสมาธิและความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความดังของเสียง และใน 2 ปีต่อมาได้ศึกษาต่อเนื่องจากโปรแกรมมีผลช่วยลดอาการหูแว่วในระยะยาวหรือไม่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเดิมพบว่าสามารถช่วยลดลักษณะอาการหูแว่วได้ตลอด 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญ

Tait, Birchwood และ Trower (2004) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชในเมือง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงมีคะแนนความมั่นใจในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีจัดการกับอาการแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการดูแลของทีมนักจิตวิทยาจิตมีส่วนในการเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยด้วย สรุปว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยวิธีหลีกเลี่ยงมากกว่าวิธีอื่น การใช้วิธีการหลีกเลี่ยงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในวัยผู้ใหญ่ การประเมินตนเองในทางลบและความเชื่อในความสามารถของตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความสามารถที่จะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการที่หลากหลายซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายวิธีการที่ผู้ป่วยใช้อยู่บ่อย ๆ และเป็นที่น่าสนใจไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย อันได้แก่ การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่น การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย / หรือ ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน การใช้วิธีการดูโทรทัศน์ การใช้วิธีการอ่านหนังสือ การใช้วิธีการฮัมเพลง การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจ และยังพบอีกว่าการที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมหรือจัดการอาการนี้ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความสามารถในการสังเกตตรวจตราตนเอง นอกจากนี้การจัดการอาการด้วยตนเองในแต่ละบุคคล อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามามีอิทธิพลร่วมด้วย ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ เพศ อาชีพ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่กลวิธีในการส่งเสริมการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วย
จิตเภทของธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) มาจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) และใช้วิธีการ
ดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่ม การดำเนินกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพ การ
ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2 – 8 เป็นระยะของการดำเนินการทำงานภายในกลุ่ม ประกอบไปด้วย การ
ประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการ
อาการหูแว่วที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วพบว่าประสบความสำเร็จ ในการนำมาใช้
จัดการอาการหูแว่ว และการฝึกฝนทักษะให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มและการมอบหมายให้ปฏิบัติต่อ
ช่วงเวลาไม่ได้เข้ากลุ่ม อันได้แก่ การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่น
การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน การใช้วิธีการอ่านหนังสือ การ
ใช้วิธีการฮัมเพลง และ การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ ส่วนการ
ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 9 จะเป็นระยะของการสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม แต่ครั้งใช้เวลา 50 - 60
นาที โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่ง
เป็นผู้ป่วยยังคงมีอาการหูแว่วอยู่แม้ว่าจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กิจกรรม

ผลลัพธ์

