

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการกับอาการ ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาศึกษาจากตำราเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการหูแว่ว

1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมายโรคจิตเภท

1.1.2 วิทยาการระบาด

1.1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

1.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก

1.1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

1.1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

1.2 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.2 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

2.3 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

2.4 หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2.5 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

2.6 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.7 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.8 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่

มีอาการหูแว่ว

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว

3.1 แนวคิดการจัดการกับอาการหูแว่ว

3.2 รูปแบบการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)

4. โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
5. แนวคิดกลุ่มบำบัด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการหูแว่ว

1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ตามความหมายของ ICD - 10 (The International Classification of Diseases - 10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Blunter) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคลนั้น กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2002) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptom) และอาการทางลบ (Negative symptom) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกร่วม พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง อาการที่สำคัญคือมีความผิดปกติในการคิด (Thinking) การรับรู้ (Perception) การสื่อสารขาดแรงจูงใจ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Inappropriate หรือ Blunted affect) และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ (American Psychiatric Association, 2000)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้มีสาเหตุจากสารเสพติดและภาวะความเจ็บป่วยทางกาย มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptom) และอาการทางลบ (Negative symptom) ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์มีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคลนั้น พบได้ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.1.2 วิทยาการระบาด โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น ๆ มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทอยู่ในระหว่าง 0.1- 0.5 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Life time Prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000 (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) อัตราความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5- 1 (Kaplan & Sadock, 2000) พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่าๆกัน มักเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; Boyd, 2005) ความผิดปกติของโรคอาการแสดงของโรคเพศชายพบได้เร็วกว่าเพศหญิง เพศชายมักเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ 15 ถึง 25 ปีเพศหญิงจะเริ่มแสดงอาการระหว่างอายุ 25 ถึง 35 ปี (สุชาติ พหลภาคย์, 2544)พบก่อนอายุ 10 ปีหรือหลังอายุ 40 ปีพบน้อยมาก (WHO, 2002 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อนสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่มีชื่อว่า Vulnerability stress model of schizophrenia แนวคิดนี้เชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านชีวภาพสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท รวบรวมผลงานวิจัยต่างประเทศพบว่าข้อบ่งชี้ถึงปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทไม่อาจสรุปได้ว่ามาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง Kaplan & Sadock (2000) ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเช่นเดียวกัน คือ ไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ สาเหตุที่ได้รับการยอมรับกันมากมีรายละเอียดดังนี้

1.1.3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) การศึกษาทางด้าน

พันธุกรรม สันนิษฐานสมมติฐาน ที่ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชาชนทั่วไป ถึงร้อยละ 5- 10 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถึง 4 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางชีวภาพบางประการมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ความบกพร่องในการพัฒนาการของสมองของเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆเช่น การได้รับการกระทบกระเทือนของสมองในระหว่างคลอด (อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) แนวคิดด้านชีวภาพให้เหตุผลว่าความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ดังนี้

ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) มีสมมติฐานที่เชื่อว่าสารโดปามีน (Dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้พบว่ามีอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไป ส่วนอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานลดลงของโดปามีนซึ่งมีการศึกษามาสนับสนุน

สมมติฐานนี้ว่า ยาต้านโรคจิตเป็นตัวระงับการทำงานของโดปามีน (Dopamine Blocker) อย่างไรก็ตามยังมีข้อสังเกตที่เพิ่มเติมที่สำคัญในสมมติฐานนี้คือ

1) การค้นพบยาที่ต่อต้านการออกฤทธิ์ของโดปามีน ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และการค้นพบสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine)

2) กาบา(Gamma- aminobutyric acid : GABA) และกลูตาเมต (Glutamate) เป็นต้น ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน

3) ความผิดปกติของโครงสร้างสมองพบที่มีความผิดปกติส่วนของลิมบิก (Limbic system) นอกจากนี้ยังมีบางรายพบว่าเซลล์ประสาทในฮิปโปแคมปัสของผู้ป่วย โรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ บางการศึกษารายงานว่าช่องในสมองด้านข้างและช่องที่สาม (Lateral and third ventricle) ในสมองของผู้ป่วยโรคจิตมีขนาดกว้างขึ้นและ Cortical volume มีขนาดเล็กลง การค้นพบนี้อธิบายว่าการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล , 2542 ; Boyd,2005) การตรวจ CT Scans ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าใน ส่วน frontal lobe ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Hypofrontality) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกระบวนการคิดการอ่านการวางแผนต่างๆเสียไป ขาดความคิดริเริ่มและมีอารมณ์เฉยชา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในสมองดังกล่าวจึงมักมีอาการทางด้าน Negative symptom มากกว่า Positive symptom (Andreasen & Black, 1991 ; Gur & Chin, อ้างถึงใน พรธรรณภาพแสงส่อง, 2549) ส่วนอาการทางด้าน Positive symptom เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของ temporolimbicstructures และ subcortical- cortisol interconnectivity โดยเฉพาะระหว่าง frontal cortex และ diencephalic limbic structure ที่ผิดปกติ

1.1.3.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาและด้านสังคม (Psychosocial factors) อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้หลายด้านตามทฤษฎีดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากมีความผิดปกติในการจัดระบบอัตตา (Ego organization) ซึ่งมีความผิดปกติอย่างมาก จนกระทบกระเทือนต่อการตีความเกี่ยวกับความเป็นจริง และกระทบกระเทือนต่อการควบคุมแรงขับ ไม่ว่าจะเป็แรงขับทางเพศหรือแรงขับชนิดก้าวร้าว การจัดระบบอัตตาผิดปกติเพราะในวัยเด็กผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับมารดา ทำให้ขาดความสามารถในการสร้างความรู้สึกว่าการดาอยู่ ไม่ได้หายไปไหน ขาดความสามารถในการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงต่อตนเอง Freud กล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตต่อสู้กับความเครียดด้วยวิธีการถดถอยวัย (Regress) ซึ่งการถดถอยวัยเช่นนี้ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาไปสู่อัตตาที่บรรลุวุฒิภาวะที่มากพอที่จะตีความหรือเข้าใจความแท้จริงของเหตุการณ์

2) ทฤษฎีครอบครัว (Family theory) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในรูปแบบทำให้เด็กเกิดความขัดแย้งในจิตใจ จนทำให้มีการพัฒนาอึดตายในทางที่ไม่ถูกต้องเมื่อโตขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆพบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expression- emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (eroticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ขึงเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

3) อธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตขณะที่ยังเป็นเด็ก ได้เรียนรู้ ปฏิกริยา และเรียนรู้วิธีการคิดที่ไม่เป็นเหตุผล (Irrational) คือผู้ป่วยจะคิดอย่างไม่มีเหตุผล โดยเลียนแบบมาจากบิดามารดา ซึ่งอาจมีปัญหาทางจิตอยู่ด้วย เรียนรู้ทักษะทางสังคมไม่ดี จนเกิดความพร่องและเป็นสาเหตุของความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคล

4) อธิบายตามสถานะทางสังคมผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบมากในสังคมที่เศรษฐกิจต่ำยากจน ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวงนิช , 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภทที่ได้รับความนิยมเชื่อถือในปัจจุบัน คือ Stress- Diathesis Model แนวคิดนี้เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้ม หรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

1.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทยอเมริกัน (American psychiatric association, 1994 ; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ , 2546) มีดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและความผิดปกติ (Disorganized thought and speech) คือ ผู้ป่วยมีความคิดลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มีอาการหลงผิด (Delusion) คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น มีอาการประสาทหลอน (Auditory hallucination) ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) คือลักษณะอาการด้านลบที่สำคัญ ได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ (Affective

flattening) พุดน้อยลง (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เนื้อชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออกเฉยเมย

นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มย่อยของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะอาการเด่น สามารถแบ่งได้ดังนี้(American Psychiatric Association, 1994)

1) ชนิดคาทาโทเนีย (Catatonic type) มีอาการเด่นคือความผิดปกติเรื่องการเคลื่อนไหว มีอาการแข็งตื้อด้านมาก ไม่พูด มีการเคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมายหรืออยู่ในท่าเกร็งหรือท่าแปลกๆ

2) ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) มีอาการเด่นคือ การพูดแบบไม่มีแบบแผน อารมณ์ราบเรียบ เฉย อารมณ์ไม่เหมาะสม แต่ไม่มีอาการอื่นๆที่เป็นชนิดหวาดระแวงหรือคาทาโทเนีย

3) ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) มีอาการเด่นคือหลงผิดและประสาทหลอน พบบ่อยทางหู เช่น ได้ยินเสียงคนชู่จะมาทำร้าย และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน

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

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

โรคจิตเภทจะพบความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) การผิดปกติด้านความคิด พบว่าเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท คือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความคิดกระจัดกระจายไม่สัมพันธ์กัน (loosening of association) คิดเปลี่ยนเรื่องจากอีกเรื่องเป็นอีกเรื่อง (flight of idea) มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่สนใจความเป็นจริงของสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความผิดปกติของเนื้อหาความคิด ได้แก่ ความคิดหลงผิดแบบต่างๆ ความคิดแตกแยกเป็นส่วนๆหรือแปลกๆหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย (persecutory delusion) หรือพยายามควบคุมความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย หรือความคิดหลงผิดแบบแปลกประหลาด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความผิดปกติด้านการรับรู้ พบว่าผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการรับรู้ผิดปกติ ตามความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว การรับรู้ที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อยที่สุด คืออาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุดคือ ประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว รองลงมาคืออาการประสาทหลอนทางตาหรือการเห็นภาพหลอน อาการประสาทหลอนทางหูจะเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่ได้ยินแต่เสียงแต่ไม่เห็นตัวตนสิ่งที่น่ากลัวคือการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายจากเสียงที่สั่งให้ทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายจึงพบ

ได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทมักได้ชินการรับรู้ความคิดของตน ได้ชินการพูดโต้ตอบเกี่ยวกับตนเอง ได้ยินเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตนเองซึ่งผู้ป่วยมักจะโต้ตอบด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะมีอาการพูด ยิ้ม หรือหัวเราะคนเดียวและหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง (ไพรัตน์ พฤษชาติ, 2543; Kaplan & Saddock, 1998)

ความคิดปกปิดด้านพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด กระวนกระวายคลุ้มคลั่ง เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเข้ามาเช่น มีความเครียดอย่างรุนแรง หรือไม่ได้ในสิ่งที่ตนต้องการหรือคาดหวัง แต่บางรายผู้ป่วยอาจไม่แสดงพฤติกรรมหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย ไม่พูด ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้กับสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมถดถอย จนบางรายที่มีอาการมากจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ไม่สามารถดูแลได้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคม การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพบกพร่อง และบทบาทหน้าที่ต่างๆทางสังคมก็จะหมดไป เป็นภาวะของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1) **ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodomal phase)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านการเรียน การงาน หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย แต่จะยังไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน ญาติมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนที่อาการกำเริบ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะมีอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความสนใจในตนเองบกพร่อง

2) **ระยะอาการกำเริบ (Active phase)** ส่วนใหญ่แล้วอาการกำเริบจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความคิดปกปิดจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการทางจิตจะปรากฏชัดเจน พบว่าคนที่ เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการด้านบวก (Positive symptom) ในระยะกำเริบที่พบบ่อยดังนี้

ก. **อาการหลงผิด (delusion)** มีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง มีความคิดหวาดระแวงร่วมด้วย (persecutory delusion) เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง คนที่มาประสังค์ร้ายอาจเป็นคนอื่นๆคนเดียวหรือเป็นขบวนการ เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง

ข. **อาการประสาทหลอน (hallucination)** ประสาทหลอนคือการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ที่ เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราวและขณะที่ได้ยินก็รู้สึกตัวอยู่ตลอด มิใช่ได้ยินแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้งหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้ม

หลังเท่านั้น ประสาทหลอนชนิดที่พบบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ และมักมีหูแว่วร่วมด้วยประสาทหลอนชนิดอื่นๆ

ค. อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยอาจจะพูดไม่ต่อเนื่องกัน โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องเรื่องเดิม หรือเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นหลายๆการวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจเลยนอกจากตัวเอง (neologism)

ง.อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคนเดียวทั้งๆที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการ โรคจิตดีขึ้น

จ. อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายวันติดกัน บางคนอาจควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

3) ระยะอาการหลงเหลือหลังจากระยะอาการดีขึ้น (residual phase) ภายหลังจากป่วยในระยะกำเริบหรือภายหลังได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาการจะค่อยๆทุเลาจนเป็นปกติ บางคนอาการที่แสดงออกไม่ได้เป็นอาการของ โรคจิตชัดเจน อาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หรืออาการหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรก และไม่ได้เป็นอาการเด่น ลักษณะอาการที่หลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านลบ เช่น เก็บตัวเฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมหรือหลายๆปัจจัยร่วมกันที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วยนอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง การพยากรณ์โรคจิต จะพบในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมาก มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วยเป็นกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ มีประวัติความผิดปกติทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นมาไม่นานก่อนการรักษา และผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคู่สมรส หรือมีญาติให้การดูแล (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และหากระยะนี้

เป็นอยู่นาน นำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ ผลการรักษามีโอกาสที่จะเป็นไป 5 แบบด้วยกัน คือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

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

1.1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการ ออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1) ระยะแรก เรียกว่า ระยะอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน (Acute phase) การรักษาที่ควรได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญคือ ในระยะนี้ต้องคอยๆลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยต้องคอยๆเพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆปรับขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า

2) ระยะที่สอง เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย ในช่วงที่กำลังลดยาด้ามี อาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อย จนสามารถควบคุมอาการได้ ระยะคงเสถียรภาพการรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

3) ระยะที่สาม เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณเองไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก

1.1.6.1 การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทเป็นที่นิยมใช้โดยทั่วไป หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะหนึ่ง จะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการใช้ยาต้านโรคจิต ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในสังคมได้ (Barry, 2002) ยาต้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิด (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่

1) ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical antipsychotic drugs) หลักการใช้ยาในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาด้านโรคจิตชนิดดั้งเดิมที่นิยมใช้กัน คือ

ก. Phenothiazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกัน คือ

-Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้หึ่งวงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine และ Triflupromazine

-Piperidines มีฤทธิ์ทำให้หึ่งวงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ 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 ยาที่ได้รับนิยามมากในกลุ่มนี้ คือ Chlopromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

ข. Butyrophenone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์หึ่งวงนอนน้อย และมี Extra pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazine เช่น Haloperidol และ Triperidol

ค. Thioxanthenes เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene, Flupentixol และ Chopentixol

ง. Dibenzoxanzepine ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียวคือ Lexapine

จ. Diphenbutypiperidines มีใช้ในประเทศไทย 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 storage ด้วยทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptors ถูก Block นานๆก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D₂ receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออกเนื่องจาก Chlopromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazines 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 phase 7.5-35 ชั่วโมงสำหรับแบบกินซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol กลุ่ม Butyrophenones ก็จะมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10- 19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

2) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) ยาในกลุ่มนี้ ปัจจุบันมี 2 ชนิดดังนี้

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D₁ antagonist มากกว่าฤทธิ์ D₂ antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ Cortex และ Limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่มีการศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีประสิทธิภาพน้อยกว่า haloperidol ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ท้องอืด บางรายอาจมีปัสสาวะคั่ง ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (Clozapine) มักจะมีน้ำลายไหลยืด และกลืนปัสสาวะไม่ได้ อาการ Extra pyramidal Effect : EPS ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ คือ

ก. Acute dystonia มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมง ถึง 5 วัน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ คีระยะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่นตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นคัมปากและสั่น

ข. Parkinson like syndrome ประกอบด้วย มือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบซอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหล

ค. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น กรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

ง. Akathisia มักเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังเริ่มใช้ยา กลุ่มนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกตื่นเต้น กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น ง่วงง่วน ซึ่งมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวล

2) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3) Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้น้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา anti parkinsonism ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชักเป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4) Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ต้องรีบให้การแก้ไขโดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิต ในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6) อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7) อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดขึ้นจาก Phenothiazine เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazine โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มากคือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruption) ได้หลายแบบเป็นผลมาจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlopromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตาผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ การได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวันพบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน

1.1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลันหรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ยารักษาผู้ป่วยจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าใช้กระแสไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยคือต่อยาต้านโรคจิตหรือเกิดอาการข้างเคียง จากการใช้ยามากจนรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้านี้คือ ผู้ป่วยเป็นชนิดคาทาโทเนีย แบบงงสับสน (Stupor) หรือ ตื่นเต้น กระวนกระวาย (Excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทักษะผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; Kaplan & Sadock, 2000)

1.1.6.3 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) การรักษาทางด้านจิตสังคมมักใช้รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการบำบัดรักษาในระยะทุเลา อาการทางจิตสงบลง ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การบำบัดทางจิตสังคมมีทั้งการบำบัดรายบุคคลแบบรายกลุ่ม การบำบัดที่สำคัญได้แก่

1) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการสื่อสาร ดังนั้นถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งทักษะดังกล่าวก็จะได้รับรางวัล จะได้รับรางวัล ซึ่งอาจเป็นคำชม หรือเหรียญ หรือเบี้ย (token economy)

2) ครอบครัวบำบัด (family therapy) โดยใช้หลักการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ถึงแม้บางรายยังได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ก็ยังคงต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ

3) จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสมดุลทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

4) การฟื้นฟูสภาพ ทักษะทางสังคม (rehabilitation) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึก การประกอบอาชีพ การแก้ปัญหาและทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม ทักษะต่างๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างได้ผลในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในระยะอาการสงบ และใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (NIMH, 1999)

5) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี ต่อการรักษาดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรงค่อนข้างสูง ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้อีกและการป่วยซ้ำแต่ละครั้ง (Psychotic episode) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่เสื่อมลง (Deterioration of function) (APA, 1994) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 60 มีอาการกำเริบซ้ำได้อีกภายใน 1 ปี (Robert & Heinz, 2000: 1199) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Baker, 1989: 32) จากการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปีของการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 22 ป่วยครั้งเดียวหรือป่วยซ้ำ 2-3 ครั้งแล้วหายขาด ร้อยละ 35 หายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ร้อยละ 8 อาการทุเลาแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อีก ร้อยละ 35 เป็นบ่อยครั้งและมีอาการหลงเหลืออยู่มากหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) จากการศึกษา Breier et al. (1991) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 50 คน ในระยะเวลา 12 ปี ของการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเสื่อม

ถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายบพร่องน้อยที่สุด คือ ระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะมีการเสื่อมลงเรื่อยๆจนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

จากภาวะของความผิดปกติของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้และการกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตปกติลดลง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เนื่องจากต้องประสบปัญหาต่างๆในการดำรงชีวิต ทั้งด้านการประกอบอาชีพ การไว้ที่อยู่อาศัย การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องรับเพิ่มภาระในการดูแลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จนอาจก่อให้เกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งผลกระทบที่มีต่อสังคมและชุมชนตามมา ทำให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานทางสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาพัฒนาและคิดค้นแนวทางการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้จะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรค พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเจ็บป่วยเท่าๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำเกิดก่อนอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้น มีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆตามมา และมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูง

1.2. อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

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

อาการหูแว่วเป็นกลุ่มอาการหลักและเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

Buccheri. et al. (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วนั้นเกิดขึ้นในอาการที่อยู่ในฝูงชนที่แออัด และวุ่นวาย การอยู่ในสถานที่ที่เงียบเกินไป อาการอาจเกิดจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การสอบ การได้รับอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว อธิบายว่าถ้ามีเสียงจากภายนอกหรือขณะที่พูดคุยกับบุคคลอื่น หรือมีกิจกรรมอื่นๆเข้ามาแทรกเสียงเบาลงจนบางครั้งไม่ได้ยิน

Nayani และ David (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นการได้ยินเสียงจากบุคคลซึ่งไม่มีตัวตนขณะนั้น อาจเป็นเสียงผู้หญิง เสียงผู้ชาย เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงของเพื่อนสนิท เสียงสมาชิกในครอบครัวหรือคนคุ้นเคยกัน หรือเสียงที่บุคคลเสียชีวิตไปแล้ว แหล่งที่มาของเสียงมีความแตกต่างกัน เสียงอาจดังมาจากภายในศีรษะ ภายนอกศีรษะ หรือจากส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย อาจเป็นเสียงเดียวหรือหลายเสียง เสียงอาจพูดคุยกับผู้ป่วยหรือพูดถึงผู้ป่วย ในวันหนึ่งอาจเกิดเสียงมากกว่าหนึ่งครั้งและไม่สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้แน่นอน เพราะเสียงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยบางรายบรรยายลักษณะของเสียงว่าเหมือนความฝัน แต่ยังคงเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เสียงอาจจะเกิดขึ้นตลอดทั้งวันและมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้เลย

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

Garrett, Silva (2003) กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นการได้ยินเสียงบุคคลซึ่งไม่มีตัวตนขณะนั้น อาจเป็นเสียงผู้หญิง เสียงผู้ชาย หรือทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงเพื่อนสนิท เสียงสมาชิกในครอบครัว หรือคนคุ้นเคยกัน หรือเสียงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว แหล่งที่มาของเสียงมีความแตกต่างกัน เสียงอาจดังมาจากภายในศีรษะ ภายนอกศีรษะหรือจากส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย อาจเป็นเสียงเดียวหรือหลายเสียง เสียงอาจพูดคุยกับผู้ป่วยหรือในวันหนึ่งอาจเกิดเสียงมากกว่าหนึ่งครั้ง และไม่สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้แน่นอนเพราะเสียงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยบางรายบรรยายลักษณะของเสียงว่าเหมือนความฝัน แต่ยังคงเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เสียงอาจจะเกิดขึ้นตลอดทั้งวันและมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้เลย

Hoffman (2003) กล่าวว่า อาการประสาทหลอนทางหูหรือ “อาการหูแว่ว” หรือ “เสียงแว่ว” เป็นอาการผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบได้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย

Lee, Chong., Chan et al. (2004) กล่าวว่าอาการหูแว่วเป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน (auditory perception) กล่าวคือเป็นการได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ได้มีต้นกำเนิดเสียงอยู่จริง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้ยินเป็นเสียง เช่น เสียงคนพูด เสียงพระเจ้า หรือเสียงปีศาจ หรือเป็นเสียงสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการหูแว่ว คือ เป็นความผิดปกติของการรับรู้ที่พบบากที่สุด เป็นกลุ่มอาการหลักและเป็นลักษณะความสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท เป็นการได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ได้มีต้นกำเนิดเสียงอยู่จริง เสียงที่ได้ยินจะมีลักษณะต่างกัน ไม่สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้แน่นอน ซึ่งอาการหูแว่วมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของ

ผู้ป่วย สาเหตุการเกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทตามทฤษฎีชีวเคมีสันนิษฐานว่า อาการด้านบวก ซึ่งรวมทั้งอาการหูแว่วมีความสัมพันธ์กับ hyperactivity ของ dopamine เนื่องมาจากการค้นพบยา Chlopromazine ซึ่งมีผลต่อ dopamine D₂ receptor ทำให้อาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแว่วลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2005) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาสาเหตุการเกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เชื่อว่าอาการหูแว่วเกิดจากการทำหน้าที่ในการตอบสนองที่ผิดปกติของสมองที่เกี่ยวข้องกับภาษาและการได้ยิน เช่น สมองส่วน left hemisphere มีการตอบสนองขณะเกิดอาการหูแว่ว (Green, Hugdahl, Mitchell, 1994) สมองส่วน temporal cortex และบางส่วนของ right middle temporal gyrus มีการตอบสนองต่อคำพูดภายนอก (external speech) ลดลงระหว่างที่อาการหูแว่วเพิ่มขึ้น (Woodruff, Wright, Bullmore, et al., 1997) ความผิดปกติของสมองทำให้กระบวนการรับรู้ (cognitive processes) ภายในผิดปกติ เมื่อผู้ป่วยคิดในใจ (inner speech) จึงเข้าใจผิดว่าเป็นเสียงจากบุคคลอื่นและรับรู้ว่าดังมาจากภายนอก (Mc Guire, Silbersweig, Wright, et al 1996) ปัจจุบันแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอาการหูแว่วมากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาได้ยินยันสาเหตุที่แน่นอนได้

1.2.2 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะแตกต่างกันคือ อาการหูแว่วในโรคจิตที่มีสาเหตุจากโรคทางกาย เสียงแว่วที่ได้ยินมักเป็นเสียงแว่วที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราว (Elementary hallucination) เสียงเหล่านี้ เช่น เสียงวิ๊คว่า เสียงผิวปาก เสียงหึ่งของแมลง เสียงเครื่องจักรกลหรือแม้กระทั่งเสียงดนตรี ส่วนอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคจิตอารมณ์แปรปรวน (Affective psychosis) เสียงแว่วจะมีลักษณะเป็นเสียงพูด ที่เป็นเรื่องราวอาจเป็นคำหรือประโยคก็ได้ อาจเป็นเสียงคนๆเดียวหรือหลายคน อาจเป็นหญิงหรือชายหรือทั้งสองเพศ อาจเป็นเสียงที่ผู้ป่วยรู้จักหรือไม่รู้จักก็ได้ คำพูดนั้นอาจเป็นคำชม คำสั่ง คำติเตียนหรือคำหาบายคาย นอกจากนี้อาจเป็นเสียงความคิดของผู้ป่วยเอง คือ ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงของตัวเองในขณะที่คิดในใจ (Audible thought) หรือมาเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สอง (Voice commenting) หรือเป็นเสียงมาโต้เถียงกับผู้ป่วย (Voice arguing) หรือเป็นเสียงที่ถกเถียงกันถึงเรื่องของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลที่สาม (Voice discussing) ซึ่งอาการดังกล่าวถือเป็นกลุ่มอาการหลักและลักษณะทางคลินิกของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542) แต่ไม่รวมถึงกรณีความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพของหู (Adolfo et al, 2003) ผู้ที่มีอาการมักได้ยินเสียงเป็นคนพูด เป็นเรื่องเป็นราวและขณะได้ยินก็รู้ตัวดีตลอดไม่ใช่ได้ยินเพียงแค่เสียงเรียกชื่อหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับ (Hypnagogic hallucination) หรือเกิดในขณะที่กำลังตื่น (Hypnopompic hallucination) ซึ่งไม่ถือเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิก เสียงแว่วนี้จะได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอๆ กันเสียงแว่วจะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลัง

สนใจฟังสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ และดังชัดเจนมากขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวผู้ป่วยไม่มีเสียงชัดเจน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนจะไม่สามารถแยกสิ่งที่เกิดขึ้นจากอาการประสาทหลอนออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้จริงตามปกติได้ เช่น เสียงที่เกิดจากอาการหูแว่วจะไม่ได้แตกต่างจากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินจริงๆ ในชีวิตประจำวันเพียงแต่ว่าในขณะที่ได้ยินจริงๆ ในชีวิตประจำวันเพียงแต่ว่าในขณะที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วแล้วจะรู้สึกว่าจะทำไมจึงไม่เห็นตัวผู้พูด ซึ่งอาจชักนำผู้ป่วยเกิดอาการหลงผิดตามมาได้โดยทั่วไปเสียงแว่วที่ได้ยินพบได้ทั้งเสียงแว่วที่ดี (Positive Voice Hearing) และเสียงแว่วที่ไม่ดี (Negative Voice Hearing) ถ้าเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเสียงที่ดี คือ เป็นเสียงพูดบอกให้ความช่วยเหลือ มีความเป็นมิตร สร้างความสนุกสนาน (Baker, 1990; Davies et al., 2001 cite in England, 2005) ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วที่ดี ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อเสียงแว่ว และปรับตัวเข้ากับเสียงได้ ส่วนเสียงแว่วที่ไม่ดี (Negative Voice Hearing) เสียงแว่วที่ได้ยินก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลที่ได้ยินเสียงแว่วที่ไม่ดีส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้มีความเชื่อในสิ่งที่ผิดๆ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง รู้สึกโดดเดี่ยว และซึมเศร้า (England, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและได้ยินเสียงแว่ว อธิบายเสียงแว่วที่ประหลาดร้าย มีพลังและควบคุมชีวิตเขาโดยตรง (Gilbert et al., 2001) ทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคุณภาพชีวิตไม่ดี

การศึกษาจากเอกสารและตำราวิชาการ มีผู้ศึกษาได้อธิบายลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยแบ่งเป็น 10 ด้าน (Bucherri et al, 1997 อ้างถึงในพรรณภา แสงส่อง, 2549) ได้แก่

1) ความบ่อยครั้งของการมีหูแว่ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหูแว่วเพียงวันละครั้ง ในขณะที่บางรายมีอาการนี้ 5-6 ครั้งต่อวัน จากการศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจัดการอาการหูแว่วโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีความบ่อยครั้งของการมีหูแว่วอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ไปจนถึงในหนึ่งวันผู้ป่วยจะได้ยินตลอด 24 ชั่วโมง (Bucherri et al. 1997)

2) ความดังของอาการหูแว่ว เสียงแว่วจะเบาหลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่และจะดังขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน ขณะพูดคุยอาจจะไม่ได้ยินเสียงหรือเสียงเบาหลง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

3) ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการหูแว่วตลอดเวลา มีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความต้องการด้วยความคิดหลงผิดต่างๆ ซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2538)

4.) ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินอาจมีความชัดเจนหรือไม่ชัดเจน หากไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือจะส่งผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

5) ลักษณะเสียงของอาการหูแว่ว ลักษณะของเสียงในผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงพูด คำหยาบ พุดชม พุดข่มขู่ ต่อว่า หรือวิพากษ์วิจารณ์ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

6) การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิ การมีอาการหูแว่วมักจะทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิหรือวอกแวกได้และถ้าหากมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่การทำงานการทำให้เกิดกิจกรรมต่างๆหรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Haddock et al. 1998)

7) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน อาการหูแว่วเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับความทุกข์ทรมาน อีกทั้งความสัมพันธ์กับภาวะอาการทางจิตเวชที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล (Husting and Hafner, 1990)

8) การตอบโต้อาการหูแว่ว ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงสั่ง (Command hallucination) ซึ่งผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงมาสั่ง จะมีการโต้ตอบโดยการพูด หรือการทำตามเสียงสั่ง เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

9) ความสามารถในการจัดการอาการ ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการหูแว่วได้ หรือยังไม่มีวิธีการในการจัดการอาการที่เหมาะสม ทำให้วิตกกังวล อาจโกรธ กลัวหรือเสียใจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นหรือผู้ป่วยเอง (Moller and Murphy, 2001)

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

จากการศึกษาข้างต้น ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วต่างๆทั้งหมด 10 ด้าน เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในด้านความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม การดำรงชีวิต และการทำหน้าที่ทางสังคม ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตวิทยาและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

Leininger (1994 อ้างในสรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยการเอาใจใส่โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

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

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

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

อำไพ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการ พยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องใช้การบำบัดตามคำสั่งแพทย์ 2) การปฏิบัติกึ่งอิสระ คือ ปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้น

ฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือ การพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมการให้ความรู้การให้สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลนั้น ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลอย่างเป็นระบบในการช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผลเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994 อ้างถึงในเศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, 2548) ประกอบด้วย

2.2.1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคม และครอบครัว สุขภาพทั่วไป การตรวจสภาพจิต การซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการหูแว่ว

2.2.2) การวินิจฉัย (Analysis of Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบปัญหา ระบุระดับของปัญหา ปัญหาของผู้ป่วยด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการหูแว่ว

2.2.3) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการหูแว่ว การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นลำดับ

2.2.4) นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.2.5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ว่าผลของการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่ง

ออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วยและการประเมินผลจากการปฏิบัติงานของพยาบาล เมื่อได้ผลการประเมิน ควรติดตามและมีการปรับปรุงการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าว ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมิติทางการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่สิ่งแวดล้อมกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2.3 ระบบบริการ การพยาบาลในงานผู้ป่วยโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่นมีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยา ในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัยเป็นต้น (ไพรัตน์ พฤษชาติ, 2543) ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002 อ้างถึงใน พรธณา แสงส่อง, 2549) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ วันเวลา สถานที่ บุคคล
- 2) การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 3) การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆดังนี้

3.1 การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลเคลื่อนไหวร่างกาย และการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะทางด้านร่างกาย หรือความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาค และเสริมภาพของบุคคล ให้ทำ

หน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา

2.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบมากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1) เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ ตามขอบเขตของกฎหมายได้นอกจากให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องการกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแล บำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

2.5 หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527 ; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาด ด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาและบกพร่องด้านการดูแลตนเอง บางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ พยาบาลก็ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ เพื่อไม่เกิดภาวะขาดอาหาร

2) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อารมณ์หงุดหงิดแปรปรวนง่าย พยาบาลต้อง

มีความเข้าใจต่ออารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ แม้ว่าการกระทำของพยาบาลจะไม่ประสบความสำเร็จเลยก็ตาม

3) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภทไม่สนใจกิจกรรมสังคม และไม่สนใจกิจกรรมอื่น เป็นปัญหาที่ทางพยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานการสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยหลักการเรียนรู้ เช่น การให้รางวัล และให้คำชมเชย เป็นต้น

2.6 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้รับบริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลสู่การมีสภาพชีวิตปกติสุขหรือสุขภาพะ ซึ่งในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวะภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

2.7 แนวคิดการปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลคือ

2.7.1 พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติพยาบาล เป็นเบื้องต้น การพยาบาล มีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ให้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการ อย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2.7.2 พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น

2.7.3 พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

2.7.3.1 วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

2.7.3.2 กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

2.7.3.3 กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

2.7.3.4 ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

2.7.3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้อง ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

2.7.3.6 จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางสันตนาการ

และกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพ ได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6) บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

2.7 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มีดังนี้

1) สังเกตและประเมินอาการหูแว่วได้อย่างรวดเร็ว เพื่อวิเคราะห์ระดับและลักษณะของความรุนแรงของอาการหูแว่วเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด มีอาการหูแว่วเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร

2) รวบรวมข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อมาวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการเมื่อใด ชนิดไหน เป็นประสาทหลอนหูแว่วหรือเป็นเรื่องจริงเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล

3) ต้องยอมรับและให้ความจริงแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจและยอมรับว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลกๆ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้น ความเข้าใจและการยอมรับนี้มีความสำคัญมากต่อเทคนิคการรักษาในขั้นต่อไป พยาบาลจะไม่ต่อต้านความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยพร้อมทั้งนำผู้ป่วยไปสู่ความจริง ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์นำ และการเกิดอาการหูแว่ว

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยให้ผู้ป่วยเล่าอาการ เสียงที่ได้ยิน แต่พยาบาลจะไม่สนับสนุน ไม่คล้อยตามหรือติเตียนผู้ป่วยเรื่องเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

5) ในขณะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองไว้ ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมตนเองอยู่นั้น พยาบาลต้องให้ความมั่นใจผู้ป่วย ต้องอธิบายให้บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องได้ทราบ เพื่อจะได้ช่วยกันหาแนวทางช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย

6) จัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อเบนความสนใจของผู้ป่วยให้มาอยู่กับกิจกรรมและความเป็นจริงขณะนั้น จะได้ไม่หมกมุ่นกับอาการประสาทหลอนหูแว่ว ฉะนั้นพยาบาลควรจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้ วิธีการเผชิญกับความวิตกกังวลในขณะที่อยู่ในสถานการณ์นำ เพื่อลดอาการหูแว่ว โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

7) จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการผู้ป่วยที่มีหูแว่ว ไม่ให้สิ่งรบกวนผู้ป่วยมากนัก เช่น เป็นสถานที่สงบ ไม่มีเสียงดัง วุ่นวาย เป็นต้น

Evan (1992 อ้างถึงใน พรรณภา แสงส่อง, 2549) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล รักษาฟื้นฟู ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบน และความเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้และความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Role) 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

จากขั้นตอนและกระบวนการพยาบาลในการดำเนิน โครงการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ซักประวัติอาการจากผู้ป่วย และญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่ว และพฤติกรรมที่แสดงออกต่ออาการหูแว่ว เพื่อวางแผนในการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดำเนินการ โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่นำเชื่อถือต่างๆเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและการให้

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการและการรักษา ผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม สอนกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี และลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

2) ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแนวทางแก่ผู้ป่วย ในการจัดการกับอาการหูแว่ว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา สอนกลยุทธ์ การจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี ฝึกทักษะในการจัดการหูแว่วซึ่งในการสอนและฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลาย เช่น การสาธิต การทดลองปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ

3) ด้านการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภททั้งในระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหรือหลังดำเนินการศึกษาโดยผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล

4) ด้านการประสานงาน ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม และประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประสานขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5) ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำผลงานวิจัยจากต่างประเทศมาพัฒนาปรับปรุง ร่วมกับศึกษาทฤษฎีการจัดการอาการหูแว่วมาบำบัดเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญา

6) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ภายหลังการดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

7) บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม มีการจัดการความเสี่ยงทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดการศึกษา

8) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่มีความเที่ยงและความตรง

9) การประกันคุณภาพ ทางกายภาพ มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน หรือตามระบบที่กำหนดไว้ใน โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลดลักษณะและความรุนแรงของ อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

3.แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว

อาการหูแว่วเป็นอาการทางจิตที่สำคัญของโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วจำนวนหนึ่งแม้ จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอก็ยังมีอาการหูแว่วคงอยู่ตลอด (Persistent auditory hallucination) ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ดังนั้นการการ ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วนอกเหนือจากการใช้ยาต้านโรคจิตแล้วจึงพบว่ามีการศึกษาการนำ แนวคิดการจัดการกับอาการมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการ และสามารถที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อลด ควบคุมหรือขจัดผลในด้านลบของการเกิดอาการหูแว่ว

3.1 แนวคิดการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการอย่างกว้างขวาง เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนช่วยเหลือ หรือส่งเสริม วิธีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ได้มีการใช้คำ ที่หลากหลายในการอธิบายถึงความพยายามที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วย จิตเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Coping) (Cohen & Berk, 1985; Middeloe & Mortensen, 1997) การ ควบคุมตนเอง(Self regulation) (Glimcher et al., 1986; Briere & Strauss, 1983) และการจัดการกับ อาการ (Symptom management)

Kenfer & Goelick (1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อทำความเข้าใจ ถึงกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นในการควบคุมตนเอง โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพใน การแสวงหาความช่วยเหลือและมีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดย การจัดการอาการด้วยตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ภายในขอบเขต การควบคุมตนเอง

The University of California at sanfrancisco, UCSF (1994) กล่าวถึงการจัดการว่าเป็น พฤติกรรมการกระทำที่เกิดขึ้นตามมาจากกระบวนการให้ความหมายเกี่ยวกับอาการ การที่บุคคลจะ มีการจัดกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกในการประเมินอาการของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลมีความคุ้นเคยกับอาการหรือเกิดความรู้สึกที่ดีจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการนั้น ได้ สำเร็จ วิธีการนั้นจะถูกกระทำซ้ำ แต่ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคยกับอาการและเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี การ กระทำนั้นก็จะเกิดขึ้นน้อย

Haworth & Dluhy (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของบุคคลและการให้ความหมายแต่ละอาการ โดยพยาบาลอาจเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้กลุ่มอาการมาเป็นข้อมูลในการประเมินพิจารณาตัดสินใจและคิดค้นหาวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

สรุปการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่บุคคลจะต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ต่ออาการหรือการให้ความหมายที่เกี่ยวกับอาการ และผลที่เกิดจากการจัดการกับอาการมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจใช้วิธีการจัดการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การจัดการกับอาการด้วยตนเองจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลตนเองซึ่งกระทำโดยความรับผิดชอบในตัวบุคคล เพื่อจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพ

3.2 แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) แนวคิดการจัดการกับอาการ (Model of symptom management) กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Symptom outcomes) เกี่ยวกับบุคคล (Person) สุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทั้ง 3 มิติดังนี้

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

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

- สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง บรรยากาศและสภาพภูมิหลังในสภาพการณ์หนึ่งๆ ซึ่งอยู่ในสภาพการณ์ที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานและสถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ

แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ((Symptom experience) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Symptom outcomes) ดังนี้

1. ประสบการณ์ของการมีอาการ (Symptom experience) เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา ซึ่งปรากฏในหลายมิติ มีลักษณะเป็นพลวัต ประกอบด้วย 3 ส่วนที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ได้แก่

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

1.2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) การประเมินการตัดสินใจของบุคคล ต่อความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ การรักษา ที่เกิดขึ้นและอาการที่คุกคามต่อชีวิต สะท้อนถึงประสบการณ์จากอาการอันเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนร่วมกัน หรืออาจหมายถึง การตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในเรื่องความรุนแรง สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดจากอาการ

1.3) การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptom) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่งอาการที่เกิดขึ้น 1 อาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ลักษณะ ความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการในการจัดการกับอาการ เพื่อให้มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตัวเอง

2) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงตามเวลาและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ทั้งด้านการรักษา ด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพและวิธีการดูแลตัวเอง เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์จากอาการ โดยผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการกับอาการ อธิบายถึงลักษณะของวิธีที่ใช้ในการจัดการระยะเวลาการจัดการ สถานที่ที่ใช้ในการจัดการ เหตุผลที่ใช้ในการจัดการ ปริมาณของการจัดการ จัดกระทำเพื่อใคร และกระทำได้อย่างไร

3) ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (Symptom outcomes) เป็นผลที่เกิดจากกลยุทธ์การจัดการกับอาการ ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการมี 8 ประการ ได้แก่ การทำหน้าที่ (Function status) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) เศรษฐฐานะและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cost) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ภาวะทางอารมณ์ (Emotional status) อัตราการเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรค (Morbidity & co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) และมีสถานะของอาการ (Symptom status) เป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากปัจจัยบ่งชี้อื่นๆ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินได้จากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการต่างๆ ได้

ผู้ศึกษานำแนวคิดการจัดการกับอาการ (A model for Symptom management) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ในด้านการใช้ประสบการณ์ของการมีอาการ (Symptom experience) ในด้านกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Symptom outcomes)

4. โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วที่พัฒนามาจากแนวทางการศึกษาของ พรรณณา แสงส่อง (2549) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอาการหูแว่วจะมีกระบวนการจัดการอาการที่เป็นระบบเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการบำบัดรักษา และมีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์จากการมีอาการหูแว่ว กลวิธีที่เคยใช้ในอดีตร่วมกัน แล้วจากนั้นพยาบาลช่วยเสนอแนะวิธีการใหม่ ซึ่งแสวงหาได้ง่ายในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ในอดีต ทำความเข้าใจร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์เดิมมาช่วยในการตัดสินใจ แสวงหาวิธีการที่นำไปใช้ในการลดอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลงกับตนเอง และฝึกฝนทักษะในการจัดการอาการหูแว่ว โดยมีเป้าหมายคือลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง ซึ่งในโปรแกรมนี้นำดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม โดย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้เวลาใน 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ ๆ ละ 3 กิจกรรมๆ ละ 50 – 60 นาที จัดกิจกรรมในวันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์ มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต เป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกมีความคุ้นเคยรู้จักและไว้วางใจกันลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เป็นการทำความเข้าใจรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว และ

ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา รวมถึงความสำคัญของการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว และการใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง

การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว เป็นการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับสมาชิก ให้ผู้ป่วยเปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหูแว่วตามการรับรู้และการประเมินของตนเอง ถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหูแว่ว และเปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหูแว่วนี้ตามประสบการณ์ของตนเองในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วนี้นำมาช่วยในการตัดสินใจ หรือแสวงหาวิธีการในการจัดการที่เหมาะสมด้วยตนเอง

การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง วิธีการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการที่เราจะจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าหากเรามีการสังเกตตรวจตราตนเองไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็อาจทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการจัดการอาการได้ การสังเกตตรวจตราตนเองนั้น จะทำให้ผู้ป่วยสนใจและเอาใจใส่กับอาการหูแว่วอย่างตั้งใจว่าเกิดเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และอะไรทำให้แย่ลงหรือดีขึ้น และการทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเองจะทำให้รู้ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอาการหูแว่ว ซึ่งจะเป็นประสบการณ์ในการระมัดระวังตัวหรือตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นและการใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง

การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการอธิบายความเป็นมาของการนำวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว จะเป็นการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจ การมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การใช้กล้ามเนื้อเสียง การให้ความสนใจเอาใจใส่กับสิ่งที่เราสนใจ ซึ่งทั้งหมดนี้ตาและหูจะมีการทำงานประสานกันสามารถช่วยลดอาการหูแว่วได้

การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการ เป็นวิธีการหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตามหรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงที่เราได้ยิน โดยวิธีการพูด “หยุด” การที่มีการเปลี่ยนเสียงออกมา ส่วนการเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน วิธีการนี้เป็นการแสดงท่าทาง ทำเป็นว่าไม่สนใจเสียงที่ได้ยินจะช่วยลดอาการหูแว่วได้

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการอ่านหนังสือและการใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง

การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการเบี่ยงเบนหรือหันเหจากอาการหูแว่วด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่สนใจ โดยใช้กล้ามเนื้อตา กล้ามเนื้อเสียง และใช้หู

ทำงานประสานกัน การปฏิบัติคือ ให้สมาชิกเลือกอ่านเรื่องที่รู้สึกสบายใจประมาณ 5 นาที เมื่อมีอาการหิวแล้ว ในกรณีที่มืออาการมากขึ้น ให้หยุดอ่านหนังสือเรื่องนี้ แล้วให้ไปอ่านเรื่องอื่นๆแทน

การใช้วิธีสัมพันธ์เพลงในการจัดการกับอาการหิวด้วยตนเอง เป็นวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al., (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหิว สำหรับการใช่วิธีสัมพันธ์เพลงในการจัดการกับอาการหิวด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่สนใจ โดยการใช้กล้ามเนื้อเสียงและหูทำงานประสานกัน ซึ่งมีการศึกษาวิจัยแล้วพบว่าสามารถลดอาการหิวได้

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการ เป็นการฝึกหายใจช้าๆลึกๆโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วยการฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะช่วยให้หัวใจเต้นช้าลงสมองปลอดโปร่งได้รับออกซิเจนมากขึ้น และทำให้รู้สึกคลายเครียดและช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวได้

กิจกรรมที่ 6 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหิว เป็นการร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆของผู้ป่วยในการจัดการอาการหิว โดยมุ่งศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วยการวัดลักษณะและความรุนแรงของอาการหิว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการอาการหิว วิธีต่างๆที่นำไปใช้แล้วช่วยลดอาการหิวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด และวิธีการต่างๆที่นำไปใช้แล้วเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือช่วยลดอาการหิว

5.แนวคิดกลุ่มบำบัด

5.1 ความหมาย กลุ่มบำบัด (Therapeutic Groups) เป็นรูปแบบการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Sandock (2000) กล่าวว่า กลุ่มบำบัด หมายถึง การที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ตนเอง ได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี รวมถึงการแก้ไขบุคลิกภาพของตนเอง

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดหมายถึงบุคคล 2 คน หรือมากกว่ามารวมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยแบ่งออกได้หลายประเภท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินกลุ่ม

สรุปกลุ่มบำบัด หมายถึง รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยทางจิตให้มีความเข้าใจในตนเอง บรรเทาความรู้สึกอึดอัด ความคับข้องใจและความวิตกกังวล พร้อมทั้งมีการพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบุคลิกภาพในทางที่เหมาะสม

5.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัด วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัดมีดังนี้ (Marram, 1978) คือ

- 1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคของตนเองเพิ่มขึ้น
- 2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
- 3) เพื่อลดความวิตกกังวล ความ โดดเดี่ยว และการแยกตัวจากสังคม เนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมุดหวังในชีวิตของสมาชิกกลุ่ม
- 4) เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาของชีวิต และความเจ็บป่วย
- 5) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ ได้ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง
- 6) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่าง ที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเอง และกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี
- 7) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

5.3 กระบวนการกลุ่มบำบัด

ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญสมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป ซึ่งมีจำนวนที่เหมาะสม ในการบำบัดคือ 8-10 คน (Pasquali, Arnold, and Debasio, 1989) ข้อดีคือ จะเป็นการเปิด โอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ในการทำกลุ่มนั้นไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนความถี่ของการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้งในระยะเวลา 3 สัปดาห์เนื่องจากผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 3- 6 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ (Maram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or initiating Phase) สร้างความรู้สึกปลอดภัย และความไว้วางใจ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎระเบียบ และแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นตนออกมา เพื่อให้เกิด

ประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหายอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนนอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหาลงมือสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหาบางอย่างระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากจะใช้ในการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า

5.4 บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

Marram (1978) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ 4 ประการ คือ

1) ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยก่อนประโยชน์ให้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักในความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พัฒนาตนเอง

2) เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตแก่กลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นประชาธิปไตย สมาชิกทุกคนมีโอกาสในการพูด การเสนอความเห็น และสามารถแสดงออกในกลุ่ม พร้อมทั้งพยายามลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลภายในกลุ่ม

3) นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้การดำเนินของกลุ่มเป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าติดตาม สังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคองและแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มนั้น จะมุ่งเน้นที่กิจกรรมหรือการปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มไว้ดังนี้

1) กำหนดขอบเขตและแปลความหมายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจตรงกันและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

2) การกำหนดโครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม จำนวนสมาชิก ระยะเวลาและสถานที่ ในการดำเนินกลุ่มเพื่อความสะดวกสบายแก่กลุ่ม

3) การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการปะทะสังสรรค์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความรัก ความเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความมั่นคงปลอดภัยในกลุ่ม

4) การกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนปัญหาที่คล้ายกันในกลุ่ม เพื่อได้แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งมีผลให้เกิดความผูกพันยึดแน่นในกลุ่มต่อกัน

5) ความสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมแก่สมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาที่ดีขึ้นในกลุ่ม

5.5 การประเมินผลกลุ่ม

การประเมินผลกลุ่มบ่าบัดระยะสั้น ควรมีรูปแบบที่แน่นอนและประเมินผลกลุ่มได้ทุกด้าน เพื่อความครอบคลุม สะดวกและรวดเร็ว รูปแบบการวิเคราะห์กลุ่ม การปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม การสื่อสารภาษาท่าทาง การช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหาของผู้นำกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บรรยากาศกลุ่ม ประเด็นการสนทนา

ดังนั้นกลุ่มบำบัดจึงเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เพราะการใช้กลุ่มบำบัดต่างๆ เป็นสื่อให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกาย จิต สังคมของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับพฤติกรรมให้ดีขึ้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยการบำบัดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมากมายพอสรุปได้ดังนี้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ยาใจ สิทิมงคล, เจริญแจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณปลอดภัย (2543) ได้ศึกษาสถานภาพผู้ป่วยจิตเวชในช่วงก่อนจำหน่ายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 140 รายพบว่าผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการจัดการกับอาการทางจิตอยู่ในระดับดี โดยวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุด 3 ลำดับแรกคือ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ 2) การพยายามไม่แยกตัว 3) การแสวงหาความช่วยเหลือ และยังพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากพยาบาลอยู่โรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายการจัดการกับอาการทางจิตได้ร้อยละ ($p < 0.05$)

วยุณี ช้างมิ่ง (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการด้วยอาการตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา ในส่วนของการจัดการอาการด้วยตนเองพบว่า มีการใช้วิธีการในการแยกตนเองมากที่สุด เช่น อยู่ที่บ้าน นอน พยายามอยู่ร่วมกับอาการเหล่านั้น รองลงมาคือ ด้านการโต้ตอบกลับ เช่น พยายามคิดในทางบวก หลีกเลียงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการมากขึ้น ไม่สนใจหรือใส่ใจกับความคิดที่มารบกวน การเบี่ยงเบน เช่น การดูทีวี สวดมนต์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรือวารสาร เป็นต้น

ดวงแก้ว รอดอ่อง (2547) ศึกษาการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเรื้อรังจำนวน 30 คน พบว่าในช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ามีอาการประสาทหลอน และมีการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ช่วงที่อาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่รับรู้อาการประสาทหลอน แต่ญาติสังเกตได้ สำหรับวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย พบว่าวิธีที่ใช้มากที่สุดคือการหาเพื่อนคุย/ไม่อยู่คนเดียว รองลงมาคือ การไม่สนใจ/ไม่ฟัง/ทำเฉยๆ ฟังเพลง/เปิดวิทยุต่างๆ บอกว่าตัวเองหูแว่วหางานทำไมให้อยู่ว่าง ดูโทรทัศน์ การทำใจยอมรับ/การคุมสติ/ตั้งสติ ท่องนะโม ออกกำลังกาย ดมยาหอมและทำเสียงต่างๆตามลำดับ

ยุทธนา องอาจสกุลมัน (2548) ศึกษาผลการบำบัดแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการบำบัดรายบุคคลจำนวน 4 ราย ซึ่ง 1 รายมีอาการหูแว่ว 10 ปี พบว่าผลการบำบัดเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 ราย มีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคจิตเภทและร่วมมือในการรักษาด้วยยาและติดตามการรักษา จากการศึกษพบว่า การบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดสามารถใช้ได้ผลทั้งในผู้ป่วยจิตเภทแบบ paranoid type, undifferentiated type, disorganized type โดยไม่มีความแตกต่างกัน

ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน แบ่งโปรแกรมออกเป็น 10 กิจกรรมๆ ละ 50-60 นาที คือ (1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (2) ประเมินประสบการณ์การมีหูแว่ว (3) สอนวิธีการติดตามตนเองเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (4) สอนวิธีการพูดคุยกับคนอื่นเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (5) สอนวิธีการพูด “หยุด” หรือ ไม่ทำตามเสียง เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (6) สอนวิธีดูโทรทัศน์เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (7) สอนวิธีการอ่านหนังสือเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (8) สอนวิธีการฮัมเพลงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว (9) สอนวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลาย (10) ประเมินผลการจัดการกับอาการหูแว่ว ผลการวิจัยพบว่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

พรรณภา แสงส่อง (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ใช้แนวคิด Model for symptom management ของ Dodd et al. (2001) กลุ่มตัวอย่าง 20 คน โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค กิจกรรมที่ 2 ประเมินประสบการณ์ ในการมีอาการหูแว่ว กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีสังเกตตรวจตราตนเอง ในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย หรือ ไม่ทำตามเสียงแว่ว ในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 6 การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 7 การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 8 การใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วย การฝึกการหายใจในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ณัฐราภรณ์ เป้าเรือง (2550) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่ว กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้นำแนวคิดการจัดการของ Larson et al. (1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการจัดการด้านความคิด และเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม ของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มี 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การสอนวิธีการสังเกตด้วยตนเอง

เกี่ยวกับอาการหูแว่ว กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะ การจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 4 วิธีการจัดการอาการหูแว่ว ด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะปฏิเสธ การดื่มสุรา สารเสพติด และ กิจกรรมที่ 6 เทคนิคการพูดว่าหยุด และไล่เสียงนั้นไป สรุปประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงและสามารถควบคุมเสียงแว่วได้ทุกคน

ผ่องศรี เหล่าทะนันท (2550) ศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชเลขราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง 16 คน ได้นำแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al. (1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการจัดการด้านความคิด และเทคนิคปรับพฤติกรรม ของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มี 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การสอนวิธีการสังเกตอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 4 ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว 2 วิธี คือ การพูดว่าหยุด ไล่เสียงนั้นไป และการไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน กิจกรรมที่ 5 ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว 2 วิธี คือ การพูดคุยกับผู้อื่น และการอ่านออกเสียงดัง กิจกรรมที่ 6 ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว 3 วิธี คือ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลงโดยไม่ใช้หูฟัง และการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ สรุปประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงแว่วได้ 11 คน และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงแว่วได้เพิ่มขึ้นทุกคน

นฤมล สุริยะ (2550) ศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยการนำแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al. (1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการจัดการด้านความคิด และเทคนิคการปรับพฤติกรรม ของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมี 30 คน มี 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การสอนวิธีการสังเกตด้วยตนเอง เกี่ยวกับอาการหูแว่ว กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะ การจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 4 วิธีการจัดการอาการหูแว่ว ด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะ ปฏิเสธ การดื่มสุรา สารเสพติด และ กิจกรรมที่ 6 เทคนิคการพูดว่าหยุด และไล่เสียงนั้นไป สรุปประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยเลือกวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมากที่สุด รองลงมาได้แก่การฟังเพลง ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง 17 คน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Brier & Strauss (1983) ได้ศึกษาการควบคุมอาการด้วยตนเองโดยศึกษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 20 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามถึงโครงสร้าง พบว่าผู้ป่วย 17 คน มีการอธิบายถึงความพยายามที่จะควบคุมอาการด้วยตนเองด้วยวิธีการที่จำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การให้คำแนะนำแก่ตนเอง (self-instruction) เช่น การพูดกับตนเอง 2) การลดกิจกรรม (reduced involvement in activity) เช่นการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ การเดินเล่นหรืออาบน้ำ เป็นต้น 3) การเพิ่มกิจกรรม (increase involvement in activity) เช่นการทำตนเองไม่ให้อ้างด้วยการทำกิจกรรมหรือทำงาน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้อธิบายถึงการพยายามในการควบคุมอาการเนื่องจากขาดความสามารถในการตรวจตราตนเองและประเมินตนเอง โดยปฏิเสธอาการของตนเองและขาดแรงจูงใจที่จะพยายามควบคุมตนเอง

Cohen & Berk (1985) ได้ศึกษารูปแบบการเผชิญกับอาการของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทจำนวน 101 ที่คลินิกศูนย์บริการสุขภาพจิตแห่งหนึ่งโดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด-ปลายปิด พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ใช้วิธีการเผชิญอาการซึ่งจำแนกออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่ การโต้ตอบกลับ (Flighting back) โดยพยายามฝึกหยุดคิด การใช้เวลานอก (Time out) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Isolated diversion) เช่น การดูโทรทัศน์ พุดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว การแยกตัวจากสังคม (Social diversion) การสวดมนต์ (Prayer) การรักษาด้วยยา (Medical) การใช้สารเสพติด (Drugs) การไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่ามีอะไรมาช่วยเหลือ (Dose nothing: helpless) และการไม่ทำอะไรเลยโดยการยอมรับอาการนั้น (Dose nothing: accepting) สำหรับวิธีการเผชิญที่ใช้บ่อยที่สุดคือ การโต้ตอบกลับ รองลงมาคือ การไม่ทำอะไรเลยยอมรับต่ออาการนั้น ส่วนวิธีการที่ใช้น้อยที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือการใช้ยา และการไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่ามีอะไรมาช่วยเหลือ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะใช้วิธีการตอบโต้กลับการยอมรับต่ออาการบ่อยที่สุดในการจัดการกับอาการซึมเศร้า ส่วนอาการของโรคจิตเภทและปัญหาการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนวิธีการใช้เวลานอกและเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการแยกตนเองจะใช้บ่อยที่สุดในการจัดการกับอาการวิตกกังวล สำหรับวิธีการรักษาด้วยยาจะใช้กันมากในการเผชิญอาการของโรคจิตเภทและอาการวิตกกังวล ส่วนวิธีการรู้สึกว่ามีอะไรมาช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะพบบ่อยในอาการของโรคจิตเภท และปัญหาการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในขณะที่วิธีการยอมรับต่ออาการจะถูกพบได้บ่อยในอาการซึมเศร้าปัญหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนวิธีการสวดมนต์ส่วนใหญ่จะใช้เป็นการเผชิญกับอาการของโรคจิตเภทโดยเฉพาะ และรูปแบบของการเผชิญอาการจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคล สังคม ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประกอบอาชีพและผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพจะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวและผู้ที่อยู่กับผู้อื่น จะมี

รูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .10$) และเพศชายและเพศหญิง จะมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .10$)

Glimcher et al (1986) ได้ศึกษาการใช้อาการในการติดตามและควบคุมอาการป่วยของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทของศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจำนวน 62 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด- ปลายเปิด พบว่าร้อยละ 98 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษาบอกได้ว่าตนเองเริ่มอาการไม่ดี โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ใช้อาการทางจิต ได้แก่ อาการหงุดหงิดกังวลใจ ตึงเครียด นอนไม่หลับ อ่อนแรงและอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อมีอาการไม่ดีเกิดขึ้น โดยการใช้วิธีการใช้การควบคุมอาการ ที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาตนเอง (Self-treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา (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 (Flighting back) 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) 4) การพยายามคิดในทางบวก (Attempts to feel better) 5) การแยกตัวเอง (Isolation) และการหนี (Escape behavior) โดยพบว่าวิธีการจัดการกับอาการในด้านที่ 1-4 จะเป็นวิธีการที่นำไปสู่การมีอาการคงที่ (stability) และมีภาวะสุขภาพดี ส่วนด้านที่ 5 จะเป็นวิธีการที่คงไว้ซึ่งการมีอาการคงที่ไว้ซึ่งการคงที่ แต่ไม่นำไปสู่การมีสุขภาพดี และด้านที่ 6 จะเป็นวิธีการนำไปสู่การมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ

Carter, Mackinnon and Copolov (1996) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการหุนเหวของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาอยู่ใน Royal park Hospital และศูนย์ชุมชนที่อยู่ใกล้ๆ จำนวน 100 คน โดยการสัมภาษณ์และเขียนวิธีการจัดการกับอาการที่ใช้บ่อยลงในการ์ดสั้นๆ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหุนเหวใช้วิธีการจัดการกับอาการเมื่อรู้สึกรบกวน วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มที่ 1 ใช้วิธีอ่านต่างๆ เล่นเกมส์ เขียนหนังสือ ฮัมเพลง พุดอกเสียง ใช้หูฟัง กลุ่มที่ 2 ใช้วิธีฟังเพลงหรือวิทยุ กลุ่มที่ 3 ใช้วิธีผ่อนคลายและพูดคุยกับบางคนเกี่ยวกับเสียง กลุ่มที่ 4 ใช้วิธีแยกตัว/หนีหนี ตอบสนอง เช่น ตะโกนกลับไปหรือการใช้ยา และพบว่าวิธีการจัดการกับ

อาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุดไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตรงกันข้ามวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด เช่น ผู้ป่วยบอกว่าวิธีการอ่านดังๆ การพูดคุยกับผู้อื่น ได้ผลดีที่สุด แต่กลับมีผู้ป่วยใช้เพียงไม่กี่ราย

Buccheri, Trygsted, et al. (1996) นำรูปแบบการจัดการกับอาการมาประยุกต์ใช้เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แม้อำนาจประทานยาสม่ำเสมอ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน กลุ่มตัวอย่าง 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ๆ 45 นาที ในแต่ละครั้งใช้การสอนอย่างมีแบบแผนและใช้เทคนิคในการอภิปรายในกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีใหม่ๆ ในการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้บำบัดจะสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและให้ใช้วิธีที่สอนคราวละ 2 ครั้งเมื่อเกิดอาการหูแว่ว ผลการวิจัยพบว่าการใช้วิธีการจัดการกับอาการทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่าลักษณะของอาการหูแว่ว ได้ความชัดเจน ความดังและจำนวนครั้งการเกิดเสียงลดลง และเสนอแนะว่าการจัดการกับอาการวิธีหนึ่งไม่สามารถใช้ได้กับทุกคนเนื่องจากประสบการณ์อาการหูแว่วแต่ละคนแตกต่างกัน และ 1 ปีต่อมาได้ศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเดิมว่าโปรแกรมมีผลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับอาการหรือไม่ โดยปรับเครื่องมือในการประเมินให้มีความมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังคงใช้วิธีจัดการกับอาการหูแว่วตลอด 1 ปี และลักษณะอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน น้อยลง และการทำให้วอกแวกลดลง และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมจากการที่มีผู้ป่วยออกจากโปรแกรมน้อย

Buccheri et al. (1997) ได้นำแนวคิดการจัดการมาใช้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน โปรแกรมนี้มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ๆ ละประมาณ 45 นาที ซึ่งในแต่ละครั้งของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วจะมีกระบวนการ คือ การนำประสบการณ์การจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยมาสนทนาร่วมกันในกลุ่มและนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เคยมีผู้นำไปใช้แล้วและสามารถลดอาการหูแว่วของผู้ป่วยได้ เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ การฮัมเพลง เป็นต้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงวิธีการจัดการร่วมกัน โดยช่วยให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาช่วยในการตัดสินใจ วิเคราะห์ถึงวิธีการนำไปใช้และนำไปลองฝึกปฏิบัติที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีอาการหูแว่วลดลง

Middelboe & Mortensen (1997) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญกับอาการในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเป็นระยะเวลานาน (Long-term ill) จำนวน 98 คน ที่อยู่ในโคเปนเฮเกน (Copenhagen) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลายวิธี โดยแบ่งเป็นวิธีการเผชิญกับอาการออกได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) การควบคุมด้วยการรู้คิด (Cognitive control) เช่น การเปลี่ยนแปลงความสนใจ การปรับตัวต่อ

ปัญหา การระงับหรือสกดกั้นไว้ด้วยการเพิกเฉยต่อหูแว่ว 2) การควบคุมด้วยพฤติกรรม (Behavioral control) เช่น การเบี่ยงเบนด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฮัมเพลง อ่านหนังสือ การออกกำลังกายหรือเปลี่ยนแปลงท่า การหมกมุ่น การทำงานหนัก 3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) การเพิ่มหรือลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 4) การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ(Physical change) เช่นการใช้ยา การใช้สารเสพติดหรือเครื่องคัมแอลกอฮอล์ 5) การใช้พฤติกรรมที่เป็นอาการ (Symtomatic behavior) เช่น การใช้พฤติกรรมที่เป็นพยาธิสภาพทางจิต สำหรับวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น การควบคุมการรู้คิดและการใช้รักษาอาการ จะเป็นวิธีการเผชิญที่มีความสำคัญและใช้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆในปัจจุบันวิธีการรักษาด้วยยา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพฤติกรรมจะถูกนำมาใช้บ่อยเป็นวิธีแรกและเป็นส่วนหนึ่งของการเผชิญทั้งหมด

Singh, Sharan and Kulhara (2002) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 75 คน พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างน้อย 1 วิธีหรือมากกว่า วิธีการที่ใช้มีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติและวัฒนธรรม จำนวนครั้งของการเกิดเสียงและความดังของเสียง มีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีจัดการกับอาการแว่วอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการ เมื่อเสียงมีเนื้อหาไม่เป็นที่พึงพอใจ เพื่อลดความดังและหยุดเสียง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้นเท่าใด ผู้ป่วยจะพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลายวิธีมากยิ่งขึ้น วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การแสวงหาความช่วยเหลือ

Trygstad et al. (2002) ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ใช้เวลา 10 สัปดาห์ๆละ 50 นาที กระบวนการในแต่ละครั้งประกอบด้วย (1) ทำให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้วิธีการจัดการกับอาการในกลุ่ม (2) สอนวิธีการจัดการกับอาการวิธีใหม่และให้มีการอภิปราย (3) ให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติและอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน (4) ให้บันทึกผลการใช้วิธีจัดการกับอาการที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าลักษณะของอาการหูแว่วได้แก่จำนวนครั้งการเกิดเสียง การควบคุมตนเอง ความชัดเจน น้ำเสียง ความวอกแวกไม่มีสมาธิ และความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความดังของเสียง และใน 2 ปีต่อมาได้ศึกษาต่อเนื่องว่าโปรแกรมมีผลช่วยลดอาการหูแว่วในระยะยาวหรือไม่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเดิมพบว่าสามารถช่วยลดลักษณะอาการหูแว่วได้ตลอด 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญ

Tait, Birchwood, and Trower (2004) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชในเมือง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงมีคะแนนความมั่นใจในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการดูแลของทีมสุขภาพจิตมีส่วนในการเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยด้วย สรุปว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยวิธีหลีกเลี่ยงมากกว่าวิธีอื่น การใช้วิธีการหลีกเลี่ยงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ การได้รับความ

กระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในวัยผู้ใหญ่ การประเมินตนเองในทางลบและความเชื่อในความสามารถของตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความสามารถที่จะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยวิธีการที่หลากหลายซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการที่ผู้ป่วยใช้อยู่บ่อยๆและเป็นที่น่าสนใจไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่น การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน การใช้วิธีการดูโทรทัศน์ การใช้วิธีการอ่านหนังสือ การใช้วิธีการฮัมเพลง การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจ และยิ่งพบอีกว่าการที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมหรือจัดการอาการนี้ได้จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีความสามารถในการสังเกตตรวจตราตนเอง นอกจากนี้การจัดการอาการด้วยตนเองในแต่ละบุคคล อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นที่เข้ามามีอิทธิพลร่วมด้วย ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ เพศ อาชีพ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่กลวิธีในการส่งเสริมการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของพรรณภา แสงส่อง (2549) จากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) และใช้วิธีการดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่ม การดำเนินกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินกลุ่มครั้งที่ 2-6 เป็นระยะของการดำเนินการทำงานภายในกลุ่ม ประกอบไปด้วย การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วพบว่าประสบความสำเร็จ ในการนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว และการฝึกฝนทักษะให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มและการมอบหมายให้ปฏิบัติต่อช่วงเวลาไม่ได้เข้ากลุ่ม ได้แก่ การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง การใช้วิธีการพูดคุยกับคนอื่น การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน การใช้วิธีการอ่านหนังสือ การใช้วิธีการฮัมเพลง และ การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ ส่วนการดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 จะเป็นระยะของการสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม แต่ละครั้งใช้เวลา 50-60 นาที โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นผู้ป่วยยังคงมีอาการหูแว่วอยู่แม้ว่าจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework)

โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยและ รวบรวม ข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสิทธิผลและการใช้ วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการมีอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นและการใช้ วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการอ่านหนังสือและการใช้ วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 6 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับ อาการหูแว่ว

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

- ความถี่ของอาการหูแว่ว
- ความดังของเสียงหูแว่ว
- ความสามารถควบคุมอาการหูแว่ว
- ความชัดเจนของเสียงหูแว่ว
- ลักษณะของเสียงจากหูแว่ว
- เสียสมาธิจากการมีอาการหูแว่ว
- ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว
- การตอบโต้กับเสียงหูแว่ว
- ความสามารถจัดการกับอาการหูแว่ว
- การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น