

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว

1.1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมายโรคจิตเภท

1.1.2 ระบาดวิทยา

1.1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

1.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก

1.1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

1.1.6 การรักษาโรคจิตเภท

1.2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 ความหมายอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

1.2.2 สาเหตุการเกิดอาการหูแว่ว

1.2.3 กระบวนการเกิดอาการหูแว่ว

1.2.4 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วที่พบในผู้ป่วยจิตเภท

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 มิติ

2.4 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

2.6 สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง

3. แนวคิดกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

4. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการหูแว่ว

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมายโรคจิตเภท (Schizophrenia)

ผู้ป่วยจิตเภท ตามความหมายของ ICD – 10 (The International Classification of Diseases – 10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Blunter) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญาบกพร่องอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จะแสดงออกโดยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรม ถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ตามความหมายของ ICD – 10 (The International Classification of Diseases - 10) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ (World Health Organization, 2002)

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

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก 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 โดยไม่ได้มีสาเหตุจากสารเสพติดและภาวะการเจ็บป่วยทางกาย มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์มีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคลนั้น

1.1.2 ระบาดวิทยา

โรคจิตเภทเป็น โรคทางจิตที่พบมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทอยู่ในระหว่าง 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime Prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000 (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) อัตราความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5 – 1 (Kaplan & Sadock, 2000) พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่า ๆ กัน มักเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; Boyd, 2005) ความผิดปกติของโรคอาการแสดงของโรคเพศชายพบได้เร็วกว่าเพศหญิง เพศชายมักเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ 15 ถึง 25 ปี เพศหญิงจะเริ่มแสดงอาการระหว่าง อายุ 25 ถึง 35 ปี (สุชาติ พหลภาคย์, 2544) พบก่อนอายุ 10 ปีหรือหลังอายุ 40 ปี พบน้อยมาก (WHO, 2002 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อน สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน 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)

การศึกษาทางด้านพันธุกรรม สนับสนุนสมมติฐาน ที่ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชาชนทั่ว ๆ ไป ถึงร้อยละ 5 – 10 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถึง 4 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคน

ทั่วไปถึง 50 เท่า (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางชีวภาพบางประการมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ความบกพร่องในการพัฒนาของสมองของเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆ เช่น การได้รับการกระทบกระเทือนของสมอง ในระหว่างคลอดซึ่งอาจเกิดจากการกระแทก หรือขาดออกซิเจน หรือได้รับพิษจากยา (อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) แนวคิดด้านชีวภาพให้เหตุผลว่าความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ดังนี้

ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) มีสมมติฐานที่เชื่อว่า สารโดปามีน (Dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต โดยพบว่ามีอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไป ส่วนอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานลดลงของโดปามีนซึ่งมีการศึกษามาสนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า ยาต้านโรคจิตเป็นตัวระงับการทำงานของโดปามีน (Dopamine Blocker) สามารถทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีข้อสังเกตเพิ่มเติมที่สำคัญในสมมติฐานนี้ คือ

1) การค้นพบยาที่ต่อต้านการออกฤทธิ์ของโดปามีน ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช และการค้นพบสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) กาบตา (Gamma – aminobutyric acid : GABA) และกลูตาเมต (Glutamate) เป็นต้น ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสารเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน ดังนั้นการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียวไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท (มานิต ศรีสุรภานนท์ & จำลอง ดิษยวิช, 2542) ยาต้านโรคจิตชนิดใหม่ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ Serotonin receptor มากกว่า Dopamine D2 receptor เช่น Clozaril, Risperidone, sertindole สามารถบรรเทาอาการทางจิตในด้านลบ และลดผลอาการข้างเคียง ที่เกิดจากการใช้ยากดโดปามีน (Kaplan & Sadock, 1998)

2) ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง พบว่ามีความผิดปกติส่วนลิมบิก (Limbic system) นอกจากนี้ยังมีบางรายงานพบว่าเซลล์ประสาทในฮิปโปแคมปัสของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ บางการศึกษารายงานว่าช่องในสมองด้านข้างและช่องที่สาม (Lateral and third ventricle) ในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีขนาดกว้างขึ้นและ Cortical volume มีขนาดเล็กลง การค้นพบนี้อธิบายว่าการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Boyd, 2005) การตรวจ CT Scans ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าในส่วน frontal lobe ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Hypofrontality) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกระบวนการคิดการอ่านการวางแผนต่างๆ เสียไป ขาดความคิดริเริ่มและมีอารมณ์เฉยชา ผู้ป่วยที่พบความผิดปกติในสมองดังกล่าวจึงมักมีอาการทางด้าน negative symptoms มากกว่า positive symptoms (Andreasen & Black, 1991 ; Gur & Chin, 1999 อ้างถึงใน พรรณภา แสงส่อง, 2549) ส่วนอาการทางด้าน positive symptoms เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของ temporo limbic structures

และ subcortical – cortisol interconnectivity โดยเฉพาะระหว่าง frontal cortex และ diencephalic limbic structure ที่ผิดปกติ เนื่องจากสมองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว อีกทั้งจากการชันสูตร ผู้เสียชีวิตพบว่ามีความแตกต่างกันบริเวณ frontal cortex ของสมองผู้ป่วยจิตเภทที่ตายแล้วกับผู้ที่ไม่ได้ป่วย (Pitschel Walz et al. 2001 อ้างถึงใน พรธรรณา แสงส่อง, 2549)

1.1.3.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาและด้านสังคม (Psychosocial factors) อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้หลายด้านตามทฤษฎีดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากมีความผิดปกติในการจัดระบบอัตตา (Ego organization) ซึ่งมีความผิดปกติอย่างมาก จนกระทบกระเทือนต่อการตีความ เกี่ยวกับความเป็นจริง และกระทบกระเทือนต่อการควบคุมแรงขับ ไม่ว่าจะเป็นแรงขับทางเพศหรือแรงขับชนิดก้าวร้าว การจัดระบบอัตตาผิดปกติเพราะในวัยเด็กผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับมารดา ทำให้ขาดความสามารถ ในการสร้างความรู้สึกว่าการค้ายังอยู่ ไม่ได้หายไปไหน ขาดความสามารถในการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง ให้แก่ตนเอง Freud กล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อสู้กับความเครียดด้วยวิธีการถดถอยวัย (Regress) ซึ่งการถดถอยวัยเช่นนี้ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาไปสู่อัตตาที่บรรลุวุฒิภาวะที่มากพอที่จะตีความหรือเข้าใจความแท้จริงของเหตุการณ์

2) ทฤษฎีครอบครัว (Family theory) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กเกิดความขัดแย้งในจิตใจ จนทำให้มีการพัฒนาอัตตาในทางที่ไม่ถูกต้องเมื่อโตขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expression – emotion) สูง ได้แก่ การดำเนินวิพากษ์วิจารณ์ (eroticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จุกเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

3) อธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะที่ยังเป็นเด็กได้เรียนรู้ ปฏิกริยา และเรียนรู้วิธีการคิดที่ไม่เป็นเหตุผล (Irrational) คือ ผู้ป่วยจะคิดอย่างไม่มีเหตุผล โดยเลียนแบบมาจากบิดามารดา ซึ่งอาจมีปัญหาด้านจิตอยู่ด้วย เรียนรู้ทักษะทางสังคมไม่ดี จนเกิดความบกพร่องและเป็นสาเหตุของความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคล

4) อธิบายตามสถานะทางสังคมผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบมากในสังคมที่เศรษฐกิจต่ำยากจน ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช, 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2544)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภทที่ได้รับความนิยมมาเชื่อกันในปัจจุบัน คือ Stress-Diathesis Model แนวคิดนี้เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้ม หรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ 2544) ปัจจุบันความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวภาพมากขึ้น โดยเฉพาะด้านกายวิภาคของสมอง และการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาท เพื่อเชื่อมโยงสาเหตุที่แน่ชัดมากขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการหาแนวทางการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (American psychiatric association. 1994; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนี้

1) **กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom)** ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thought and speech) คือ ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มีอาการหลงผิด (Delusion) คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น มีอาการประสาทหลอน (Auditory hallucination) คือการมีการรับรู้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส โดยอาการหูแว่วเป็นอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีการแสดงออกในด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย

2) **กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom)** คือ ลักษณะอาการด้านลบที่สำคัญ ได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ คือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อยลง (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออกเฉยเมย

1.1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปการดำเนินของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1) **ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodromal phase)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านการเรียน การงาน หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เก็บตัวละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย แต่จะยังไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน ญาติมัก

พบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนที่อาการกำเริบ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะมีอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ติงเครียด วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี อยู่ไม่เป็นสุข ความสนใจในตนเอง บกพร่อง

2)ระยะอาการกำเริบ (active phase) ส่วนใหญ่แล้วอาการกำเริบจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกข้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการทางจิตจะปรากฏชัดเจน พบว่าคนที่เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการด้านบวก (Positive Symptom) ในระยะกำเริบที่พบบ่อยดังนี้

ก. อาการหลงผิด (delusion) มีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง มีความคิดหวาดระแวงร่วมด้วย (persecutory delusion) เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง คนที่จะมาปองร้ายอาจเป็น คน ๆ เดียวหรือเป็นขบวนการ เชื่อว่าตนเองถูกกั่นแก้ง

ข. อาการประสาทหลอน (hallucination) ประสาทหลอนคือการรับรู้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราวและขณะที่ได้ยินก็รู้สึกตัวคืออยู่ตลอด มิใช่ได้ยินแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้งหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ประสาทหลอนชนิดที่พบบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสรรวละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรสแปลก ๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

ค. อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดการสนทนา โดยอาจจะพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมากๆ การวางคำในตัวของตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตัวเอง (neologism)

ง. อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคนเดียวทั้ง ๆ ที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

จ. อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอนชอบเดินไปมาหรือทำ

ท่าทางแปลก ๆ บางครั้งงุ่ม ๆ ก็ตะโกน โวยวายหรือหัวเราะขึ้นมาหรืออึมครึมทั้งวัน บางคนอาจควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

3) ระยะเวลาการหลงเหลือหลังจากระยะเวลาการดีขึ้น (residual phase) ภายหลังจากการป่วยในระยะกำเริบหรือภายหลังได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาการจะค่อย ๆ ทุเลาจนเป็นปกติ บางคนอาการที่แสดงออกไม่ได้เป็นอาการของโรคจิตชัดเจน อาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หรืออาการหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรก และไม่ได้เป็นอาการเด่น ลักษณะอาการที่หลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านลบ เช่น เก็บตัว เลือยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น ในระยะนี้ยังพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ เริ่มพูดคนเดียว การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง อารมณ์หงุดหงิดง่าย คิดฟุ้งซ่าน หวาดระแวงหลงผิดมากขึ้น ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัว และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเองซึ่งไม่สมเหตุสมผล

1.1.6 การรักษาโรคจิตเภท แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะเวลาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1) ระยะเวลาแรก เรียกว่า ระยะเวลาอาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute phase) การรักษาที่ควรได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญคือ ในระยะนี้ต้องค่อย ๆ ลดความรุนแรงของการทางจิตลง โดยต้องค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อย ๆ ปรับลดขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า

2) ระยะเวลาที่สอง เรียกว่า ระยะเวลาคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) เมื่ออาการทางจิต เฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย แล้วต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกวัน ในช่วงที่กำลังลดยาถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อย จนสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาที่นอกเหนือจากยาแล้วยังมีการรักษาจิตสังคม การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาคงเสถียรภาพการรักษาใช้เวลา 1 – 3 สัปดาห์

3) ระยะเวลาที่สาม เรียกว่า ระยะเวลาคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือน ถึง 2 ปี บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วน

ใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก การรักษาค่ายานนอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยได้แล้ว ยังช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำอีกได้ นอกจากนี้การรักษาด้วยยาแล้วในขณะนี้ยังได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมร่วมด้วย

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) ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical antipsychotic drugs) หลักการใช้ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลา คือ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตชนิดดั้งเดิมที่นิยมใช้กัน คือ

ก. Phenothiazine เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีน ที่มีผลต่ออาการทางจิตทำให้อาการทุเลาลงหรือหายไป จะมีอารมณ์ พฤติกรรม และความนึกคิดเหมือนปกติมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหลับง่าย และหลับสนิทขึ้น ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้นี้ ได้แก่ Chlopromazine, Perphenazine, Melleril (Thioridazine), Stelazine

ข. Butyrophenone เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิต และอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์สูง ไม่ทำให้ง่วงนอนแต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (Extra pyramidal Effects: EPS) นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพราะออกฤทธิ์การรักษาได้เร็วกว่ากลุ่ม Phenothiazine สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันจะได้ผลดี ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้าคือ Haldol, Haloperidol

ค. Thioxanthenes เป็นยาออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ Phenothiazine ต่างกันตรงที่ขานใน 2 กลุ่มนี้ บางตัวจะออกฤทธิ์ต่อระบบใดระบบหนึ่งได้ดีกว่ากัน โดยทั่วไปจะใช้ร่วมกันเมื่อทำให้การออกฤทธิ์ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ยาในกลุ่มนี้ชื่อทางการค้า ได้แก่ Navane, Fluanxol

2) ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) ขานในกลุ่มนี้ปัจจุบันมีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่ ยา Clozapine หรือชื่อทางการค้าว่า Clozaril. ยา Risperidone ชื่อทางการค้าคือ Risperdal ยา Olanzapine ชื่อทางการค้าคือ zyprexa และยา Quetiapine ชื่อทางการค้าคือ Seroquel (NIMH, 1999)

การออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิต (Actions) แต่เดิมสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ที่มากเกินไปของโดปามีน ทั้งนี้พบว่ายากลุ่มดั้งเดิมที่ใช้รักษาโรคจิตทุกชนิดนั้นออกฤทธิ์ต่อโดปามีนรีเซพเตอร์ (Dopamine receptor) ส่วนในปัจจุบันมีการศึกษาค้นพบยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การออกฤทธิ์ของยาโดยปิดกั้นโดปามีน รีเซพเตอร์ (Dopamine receptor) และ Serotonin – 5-Hydroxy Tryptamine (5-HT_{2A}) Receptors ยากลุ่มใหม่นี้จะรักษาอาการทางจิตด้านลบได้ดีกว่ากลุ่มดั้งเดิมในขณะที่อาการด้านบวกรักษาได้ดีเท่ากัน การเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาน้อยกว่ายากลุ่มดั้งเดิม และสามารถใช้วันละ 1 ครั้งได้ เนื่องจากครึ่งชีวิตของยามีระยะเวลาที่ยาวนาน แต่ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่มีราคาสูงกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการข้างเคียง (Kaplan & Sadock, 2000) ดังต่อไปนี้

1) ฤทธิ์ด้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic effects) ประกอบด้วย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องอืด ท้องผูก บางรายอาจมีปัสสาวะกั่ง ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า ภูมิคุ้มกันต่ำ และต่อหีน ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาพีน (Clozapine) มักจะมีน้ำลายไหลยืด และกลืนปัสสาวะไม่ได้

2)อาการ Extra pyramidal effects : EPS ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ คือ

ก. Dystonia มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมง ถึง 5 วัน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นคับปากและสั่น

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

ค. Akinesia แสดงอาการออกมาในรูปอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ

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

1.1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลันหรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ยารักษาผู้ป่วยจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าใช้กระแสไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยคือต่อยาต้านโรคจิตหรือเกิดอาการข้างเคียง จากการใช้ยามากจนรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้านี้คือ ผู้ป่วยเป็นชนิดคาทาโทเนีย แบบงงสับสน (Stupor) หรือ ตื้อตื้อ กระวนกระวาย (Excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรื่องตระกูล. 2542; Kaplan & Sadock, 2000)

1.1.6.3 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) การรักษาทางด้านจิตสังคมมักใช้รักษาร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการบำบัดรักษาในระยะทุเลาอาการทางจิตสงบลง ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การบำบัดทางจิตสังคมมีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดที่สำคัญได้แก่

1) **พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)** พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการสื่อสาร ดังนั้นถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งทักษะดังกล่าวก็จะได้รับรางวัล ซึ่งอาจเป็นคำชม หรือเหรียญ หรือเบี้ย (Tokeneconomy)

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

3) **จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม (Individual & Group psychotherapy)** เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะการปรับตัว เป็นต้น

4) **การฟื้นฟูสภาพ ทักษะทางสังคม (Rehabilitation)** ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึก การประกอบอาชีพ การแก้ปัญหาและทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างได้ผลในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในระยะอาการสงบ และใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (NIMH, 1999)

5) **นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy)** หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

1.2 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

อาการหูแว่วเป็นความผิดปกติทางการรับรู้อย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทโดยพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อาการหูแว่วเป็นกลุ่มอาการหลักและเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

Buccheri, et al. (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วนั้นเกิดขึ้นในอาการอยู่ในฝูงชนที่แออัด และวุ่นวาย การอยู่ในสถานที่ที่เงียบเกินไป อาการอาจเกิดจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การสอบ การได้รับอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด จากการสัมผัสภาวะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วอธิบายว่าถ้ามีเสียงจากภายนอกหรือขณะที่พูดคุยกับบุคคลอื่น หรือช่วงที่มีกิจกรรมอื่นๆเข้ามาแทรกเสียงเบาลงจนบางครั้งไม่ได้ยิน

Nayani และ David (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นการได้ยินเสียงของบุคคลซึ่งไม่มีตัวตนขณะนั้น อาจเป็นเสียงผู้หญิง เสียงผู้ชาย หรือทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงเพื่อนสนิท เสียงสมาชิกในครอบครัวหรือคนคุ้นเคยกัน หรือเสียงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว แหล่งที่มาของเสียงมีความแตกต่างกัน เสียงอาจดังมาจากภายในศีรษะ ภายนอกศีรษะหรือจากส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย อาจเป็นเสียงเดียวหรือหลายเสียง เสียงอาจพูดคุยกับผู้ป่วยหรือพูดถึงผู้ป่วย ในวันหนึ่งอาจเกิดเสียงมากกว่าหนึ่งครั้งและไม่สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้แน่นอน เพราะเสียงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยบางรายบรรยายลักษณะของเสียงว่าเหมือนความฝัน แต่ยังคงเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เสียงอาจจะเกิดขึ้นตลอดทั้งวันและมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้เลย

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

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

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการหูแว่ว คือ เป็นความผิดปกติของการรับรู้ที่พบมากที่สุด เป็นกลุ่มอาการหลักและเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท เป็นการได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่ได้มีต้นกำเนิดเสียงอยู่จริง เสียงที่ได้ยินจะมีลักษณะแตกต่างกัน ไม่

สามารถอธิบายลักษณะของเสียงได้แน่นอน ซึ่งอาการหูแว่วมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2.2 สาเหตุการเกิดอาการหูแว่ว

ปัจจุบันมีการศึกษาสาเหตุการเกิดอาการหูแว่วมากขึ้นแต่ยังไม่มีการศึกษาหรือทฤษฎีใดมายืนยันสาเหตุการเกิดอาการหูแว่วได้แน่นอน จากการศึกษพบว่า มีผู้ศึกษาและอธิบายแนวคิดสาเหตุของการเกิดอาการหูแว่วดังนี้คือ (ณีฎาภรณ์ เป้าเรือง, 2550)

1.2.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

การเกิดอาการหูแว่ว อาจเกิดจากความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมองคืออาการหูแว่วมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติการทำหน้าที่ของสมองส่วน Frontal และ Temporal Cortices และการหลั่งของสาร (Dopamine) ของพื้นที่สมองส่วนนี้ (Kasai et al. 2002; Fujii & Ahmed, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของกาลาส (Kalat, 1992 cited in Lakeman, 2001) พบว่าอาการประสาทหลอน เกิดจากปฏิกิริยาของการสื่อประสาทในสมอง โดยการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง Serotonin และ Dopamine และที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ด้วยเหตุนี้ปัจจัยทางชีวเคมีในสมองนับได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและทำให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ จากแนวคิดนี้ทำให้เกิดการค้นคว้าและผลิตยา ที่มีผลโดยตรงต่อการลดระดับ Dopamine ในสมอง โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง Dopamine Receptors ในสมองบริเวณ Mesolimbic ซึ่งได้แก่ด้านโรคจิต การค้นพบยา Chlopromazine ซึ่งมีผลต่อ dopamine D₂ receptor ทำให้อาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแว่วลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2005) และสมองส่วน Frontal Temporal Cortices, Limbic, Paralimbic และ Thalamus มีการทำงานมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้ยินเสียงแว่ว (Shergill et al. 2000) นอกจากนี้ สารเคมีบางชนิด เช่น Amphetamines หรือ L-dopa กระตุ้นช่องว่างซึ่งเป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (Neurons) ซึ่งเป็นบริเวณที่ Dopamine ถูกส่งผ่านไปในระบบประสาท (Dopamine Synapses) สามารถเกิดภาวะประสาทหลอนได้ในบุคคลทั่วไป Lennox et al. (2000) ได้ทำการศึกษาการทำหน้าที่ของสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยใช้เครื่องฉายภาพการทำงานของสมองที่เรียกว่า function Magnetic Resonance Imaging (fMRI) โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 มีประสบการณ์การเกิดหูแว่วบ่อย ๆ ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้จากเจ็บป่วยของตนเองดี เป็นผู้ถนัดมือขวา ไม่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ และไม่มีโรคทางระบบประสาททุกคนอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ทำการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยนอนปิดตาให้ศีรษะอยู่ในเครื่องตรวจอย่างละเอียด (Scan) และขีดหัวแม่เท้าแต่ละข้างของผู้ป่วยด้วยกระดุม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่วจะให้สัญญาณเริ่มและหยุดการเกิดอาการหูแว่ว จากภาพสแกนพบว่าขณะเกิดอาการหูแว่ว สมองส่วน Frontal, Temporal Cortices, Limbic, Paralimbic และ Thalamus มีการทำงานมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้ยินเสียงแว่ว (Shergill et al., 2000) มีการทำงานมากกว่าปกติ

จากสภาพสแกนพบว่าสมองส่วนดังกล่าว มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่สมองส่วน Temporal ทำงานหรือมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นนั้นเป็นการตอบสนองเพื่อต่อต้านเสียงแหว่ที่ได้รับการกระตุ้นจากภายนอก และการที่สมองส่วน Frontal มีการทำงานหรือมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น นั้นมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยขณะที่ได้ยินเสียงแหว่ ซึ่งผลของการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีที่กล่าวว่า อาการหูแหว่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่ผิดปกติของช่องทางการได้ยินเสียง (Auditory Pathway) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hubl et al. (2004) ที่พบว่าอาการประสาทหลอน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับความผิดปกติของสมองส่วน Temporal Lobe การศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเภทเป็นผลอันเนื่องมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองส่วน Temporal ด้านซ้าย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแหว่ทำให้เกิดประสบการณ์ที่น่าพิงใจ มีความทุกข์ทรมาน และอยู่เหนือการควบคุม โดยเสียงที่ได้ยินมักจะมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง เป็นโรคจิตเภท มีภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วยทางสมอง (Westacott, 1995) ในบางกรณีผู้ที่ได้ยินเสียงอาจไม่มีประสบการณ์ของความเจ็บป่วย แต่มีการรับรู้ได้ว่าเป็นอาการหูแหว่ ซึ่งทำให้เกิดความตกใจ กลัว งุนงงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการงุนงงที่เกิดจากเสียงส่วนใหญ่มักเกิดเป็นระยะเวลานาน ก่อนที่จะพัฒนาเป็นอาการที่เด่นชัดขึ้น (Romme, 1998)

1.2.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาและด้านสังคม

การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก อาการหูแหว่มีความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์การถูกทำร้ายทารุณกรรมในชีวิตด้วย โดยเฉพาะการได้ยินเสียงแหว่ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับประวัติการตกเป็นเหยื่อของการถูกทำร้ายทารุณกรรม การพลัดพราก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Holowka et al., 2003; Lysaker et al., 2002) หากในวัยเด็กผู้ที่มีอาการหูแหว่ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกาย การแสดงออกทางด้านอารมณ์จะเป็นไปในแง่ลบ การนอนหลับไม่เป็นระบบ ไม่สามารถควบคุมการนอนได้ รู้สึกไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีประวัติถูกทำร้ายร่างกายและมีอาการหูแหว่พบว่ามีความคิดหวาดระแวง ได้ยินเสียงแหว่สั่งให้ทำร้ายตนเองบ่อย ๆ (Read & Argyle, 1999) และเด็กวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกาย มีความเป็นไปได้ว่าเสียงแหว่ที่ได้ยินเสียงสั่งในทางลบ (Lysaker et al., 2002) ดังนั้นการตกเป็นเหยื่อของการถูกทารุณกรรมทำร้ายร่างกายและมีอาการหูแหว่ จึงส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง

1.2.3 กระบวนการของการเกิดอาการหูแหว่

กระบวนการของการเกิดอาการหูแหว่แบ่งออกเป็น 7 ระยะ (Fied และ Ruelka, 1973 อ้างถึงใน นงคราญ ผาสูก, 2535) ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ฉะนั้นเขาจึงพยายามคิดหาบุคคลที่เขาสามารถจะให้ความช่วยเหลือเขาได้ เขาจะติดต่อบุคคลดังกล่าวโดยการคิดถึงหรือการ

เรียกชื่อต่าง ๆ หรือผู้ป่วยจะพูดราวกับว่ากำลังสนทนากับใครอยู่ กระบวนการนี้จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจและลดความวิตกกังวล

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังมีความกังวลและมีปัญหาบางอย่าง ผู้ป่วยจึงแก้ปัญหาโดยการเอาวิธีการหรือประสบการณ์ที่เคยใช้ในระยะที่ 1 มาใช้ และผู้ป่วยจะรู้สึกว่าได้ผลดีกว่าระยะแรก ในระยะนี้จะสังเกตว่าผู้ป่วยจะมีการพูดคุยโต้ตอบมากขึ้น จะมีเสียงเดือนเกี่ยวกับความกลัวของผู้ป่วยหรือยืนยันความคิดของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของเขาในการเรียกและพูดคุยกับบุคคลที่เขาสร้างขึ้นมาจากประสบการณ์ที่สร้างขึ้นช่วยเขาได้มาก และเขาต้องการให้สัมพันธภาพนี้คงอยู่ต่อไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะจัดเวลาสำหรับการมีสัมพันธภาพกับผู้ช่วยของเขามากขึ้นพร้อมกันมีเวลาสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจริงๆ น้อยลง ส่งผลให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลจริงๆ ลดลง และผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนมากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับความสามารถด้านอื่นๆ ลดลง เช่น ความตั้งใจหรือสมาธิลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง ในที่สุดเขาจะเริ่มสงสัยการเกิดประสาทหลอนของตนเอง

ระยะที่ 4 สมาธิของผู้ป่วยจะลดน้อยลงไปอีก เมื่อผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง คนอื่นก็จะสังเกตเห็นอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย อาจดำหนิติเตียนผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอายและวุ่นวายใจ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นและหลีกเลี่ยงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลจริงๆ มากขึ้น

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยเริ่มแยกตัวเองและสร้างโลกของตนเองขึ้นมา เขาจะพยายามปกปิดพฤติกรรมของเขาหลีกเลี่ยงความอับอาย ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกว่าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินแทนที่จะช่วยเหลือเขาเหมือนเดิมกลับดำหนิติเตียนและคุกคามเขา ความกังวลใจของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับฟังเสียงนั้นอีกต่อไป ผู้ป่วยจะพยายามคิดว่าเสียงนั้นถูกต้องหรือเป็นจริงหรือไม่และพยายามนึกถึงพฤติกรรมในอดีตของตนเองที่ทำให้ผู้อื่นติเตียนเขา ในที่สุดผู้ป่วยจะตัดสินใจว่าคำติเตียนต่างๆ นั้นไม่ยุติธรรม ใส่ร้ายเขา เป็นต้น

ระยะที่ 6 ผู้ป่วยจะขาดสมาธิยิ่งขึ้น การแยกตัวจะมีเพิ่มมากขึ้นและจะแสดงความกังวลมากขึ้น เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินผู้ป่วยอาจสร้างขึ้นใหม่ เมื่อเสียงเดิมที่เคยได้ยินไม่สามารถลดความกังวลให้ผู้ป่วยได้อีกต่อไป ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว พูดหรือทำร้ายผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมอื่นๆ ที่เป็นอันตราย ดังนั้นในระยะนี้ผู้ป่วยควรจะได้รับ การรักษาจากจิตแพทย์

ระยะที่ 7 เป็นระยะต่อรอง เสียงต่างๆ ที่เขาได้ยินยังคงใส่ร้ายคุกคามเขา ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว เขาจะพยายามทำความเข้าใจกับเสียงต่างๆ ว่าเขาจะไม่เล่าหรือบอกใครเกี่ยวกับการปรากฏตัวของเสียงนั้น ถ้าหากว่าเสียงนั้นจะพูดกับเขาจริงๆ และช่วยเขากำจัดความวิตกกังวลเหมือนที่เคยทำมาแล้ว ต่อมาผู้ป่วยก็จะรู้สึกว่าเสียงที่ดำเนินเขาหนีบหายไปแต่จะมีเสียงมาทำความ

ตกลงกับเขา ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็พยายามที่จะทำความเข้าใจกับเสียงนั้นเช่นเดียวกันถ้าหากผู้ป่วยพบว่าเสียงนั้นโกหกเขาเขาก็จะเหยียดหยามและหมดความนับถือเสียงนั้นทันที

1.2.4 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท

อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะแตกต่างกันคือ อาการหูแว่วในโรคจิตที่มีสาเหตุจากโรคทางกาย เสียงแว่วที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ไม่เป็นเรื่องราว (Elementary hallucination) เสียงเหล่านี้ เช่น เสียงวิ๊ตๆ เสียงผิวปาก เสียงหึ่งของแมลง เสียงเครื่องจักรกลหรือแม่กระทั่งเสียงดนตรี ส่วนอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคจิตอารมณ์แปรปรวน (Affective psychosis) เสียงแว่วจะมีลักษณะเป็นเสียงพูด ที่เป็นเรื่องราวอาจเป็นคำหรือประโยคก็ได้ อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคน อาจเป็นหญิงหรือชายหรือทั้งสองเพศ อาจเป็นเสียงคนที่ผู้ป่วยรู้จักหรือไม่รู้จักก็ได้ คำพูดนั้นอาจเป็นทั้งคำชม คำสั่ง คำติเตียนหรือคำหยาบคาย นอกจากนี้อาจเป็นเสียงความคิดของผู้ป่วยเองคือ ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงของตัวเองในขณะที่คิดในใจ (Audible thought) หรือมาเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สอง (Voice commenting) หรือเป็นเสียงมาโต้เถียงกับผู้ป่วย (Voice arguing) หรือเป็นเสียงที่ถกเถียงกันถึงเรื่องของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลที่สาม (Voice discussing) ซึ่งอาการดังกล่าวถือเป็นกลุ่มอาการหลักและ เป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) แต่ไม่รวมถึงกรณีมีความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพของหู (Adolfo et al., 2003) ผู้ที่มีอาการมักได้ยินเป็นเสียงคนพูดเป็นเรื่องเป็นราวและขณะได้ยินก็รู้ตัวดีตลอด ไม่ใช่ได้ยินเพียงแค่เสียงเรียกชื่อหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับ (Hypnagogic hallucination) หรือเกิดในขณะที่ใกล้ตื่น (Hypnopompic hallucination) ซึ่งไม่ถือเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิก เสียงแว่วนี้จะได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอๆ กัน เสียงแว่วจะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่และจะดังชัดเจนมากขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวผู้ป่วยไม่มีเสียงชัดเจน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนจะไม่สามารถแยกสิ่งที่เกิดขึ้นจากอาการประสาทหลอนออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้จริงตามปกติได้ เช่น เสียงที่เกิดจากอาการหูแว่วจะไม่แตกต่างจากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินจริงๆ ในชีวิตประจำวันเพียงแต่ว่าในขณะที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วแล้วจะรู้สึกว่าจะทำไมจึงไม่เห็นตัวผู้พูด ซึ่งอาจชักนำผู้ป่วยเกิดอาการหลงผิดตามมาได้ โดยทั่วไปเสียงแว่วที่ได้ยินพบได้ทั้งเสียงแว่วที่ดี (Positive Voice Hearing) และเสียงแว่วที่ไม่ดี (Negative Voice Hearing) ถ้าเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเสียงที่ดี คือ เป็นเสียงพูดบอกให้ความช่วยเหลือ มีความเป็นมิตร สร้างความสนุกสนาน (Baker, 1990; Davies et al., 2001 cited in England, 2005) ผู้ป่วยที่ได้ยินเสียงแว่วที่ดี ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อเสียงแว่ว และปรับตัวเข้ากับเสียงได้ ส่วนเสียงแว่วที่ไม่ดี (Negative Voice Hearing) เสียงแว่วที่ได้ยินก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และไม่

สามารถควบคุมได้ บุคคลที่ได้ยินเสียงแหว่ที่ไม่ดีส่วนใหญ่ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้มีความเชื่อในสิ่งที่ผิดๆ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง รู้สึกโดดเดี่ยว และซึมเศร้า (England, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและได้ยินเสียงแหว่ อธิบายว่าเสียงแหว่ที่ประสกร้าย มีพลังและควบคุมชีวิตเขาโดยตรง (Gilbert et al., 2001) ทำให้รู้สึกควมมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคุณภาพชีวิตไม่ดี

การศึกษาจากเอกสารและตำราวิชาการ มีผู้ศึกษาได้อธิบายลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแหว่ โดยแบ่งเป็น 10 ด้าน (พรธนา แสงส่อง, 2549) ได้แก่

1) ความบ่อยครั้งของการมีหูแหว่ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหูแหว่เพียงวันละครั้ง ในขณะที่บางรายอาจมีอาการนี้ 5-6 ครั้งต่อวัน จากการศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการหูแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการอาการหูแหว่โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีความบ่อยครั้งของการมีหูแหว่อยู่ในช่วงระหว่าง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ไปจนถึงในหนึ่งวันผู้ป่วยจะได้ยินตลอด 24 ชั่วโมง (Bucherri et al. 1997)

2) ความดังของอาการหูแหว่ เสียงแหว่จะเบาถึงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่และจะดังขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน เช่น ขณะพูดคุยอาจจะไม่ได้ยินเสียงหรือเสียงเบาถึง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมชย์ สุคนิชย์, 2542)

3) ความสามารถในการควบคุมอาการหูแหว่ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหูแหว่ได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการหูแหว่ตลอดเวลา มีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความต้องการด้วยความคิดหลงผิดต่างๆ ซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2538)

4) ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแหว่ เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินอาจมีความชัดเจนหรือไม่ชัดเจน ซึ่งหากไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือจะมาส่งผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมชย์ สุคนิชย์, 2542)

5) ลักษณะเสียงของอาการหูแหว่ ลักษณะของเสียงในผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงพูดคำหยาบ พูดชม พูดข่มขู่ ต่อว่า หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมชย์ สุคนิชย์, 2542)

6) การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิ การหูแหว่มักจะทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิหรือวอกแวกได้และถ้าหากมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่การทำงานทำให้เกิดกิจกรรมต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Haddock et al. 1998)

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

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

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

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

จากการศึกษาข้างต้น ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วต่างๆ ทั้งหมด 10 ด้าน เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในด้านความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม การดำรงชีวิต และการทำหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

จินตนา ชูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

อำไพ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการ พยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องใช้การบำบัดตามคำสั่งแพทย์ 2) การปฏิบัติกึ่งอิสระ คือ ปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือ การพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์

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

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้การให้สุศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลนั้น ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

2.2 หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทได้แก่ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาด ด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาและบกพร่องด้านการดูแลตนเอง บางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ พยาบาลก็ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ เพื่อไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร

2) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ เหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อารมณ์หงุดหงิดแปรปรวนง่าย พยาบาลต้องมีความเข้าใจต่ออารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ แม้ว่าการกระทำของพยาบาลอาจจะไม่ประสบความสำเร็จเลยก็ตาม

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

2.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหา

สุขภาพขั้นต้น (primary prevention) โดยมีหลักการว่า สุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความมั่นคงทางจิตใจ มีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี การปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรส และความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของบุคคลทุกวัย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับหน้าที่ตามวงจรชีวิต เป็นต้น

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคน ทุกเพศ ทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจความเครียดและความวิตกกังวลได้ การปฏิบัติการพยาบาล จะต้องทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิต ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้บุคคลรักษาระดับของสุขภาพจิตให้ได้อยู่เสมอ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวลและความเครียดรวมทั้งการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต การปฏิบัติเช่นนี้เปรียบเสมือนเป็นการให้ภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจแก่บุคคล

3) การบำบัดรักษา (therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมีสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากมาย

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

สรุปได้ว่าการให้บริการทางการพยาบาลสุขภาพจิตเวชและจิตเวช เน้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

2.4 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบในการเข้าช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994 อ้างถึงใน เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2548) ประกอบด้วย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วยครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคมและครอบครัว สุขภาพทั่วไป การตรวจสภาพจิต การซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการหูแว่ว

2) การวินิจฉัย (Analysis of Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบปัญหา ระบุระดับของปัญหา ปัญหาของผู้ป่วยด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการหูแว่ว

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการหูแว่ว การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นลำดับ

4) นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ว่าผลของการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เมื่อได้ผลการประเมิน ควรติดตามและมีการปรับปรุงการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีดังนี้ (นงคราญ ผาสุก, 2535)

- 1) สังเกตและประเมินอาการประสาทหลอนได้อย่างรวดเร็ว
- 2) รวบรวมข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อมาวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการเมื่อใด ชนิดไหน เป็นประสาทหลอนหูแว่วหรือเป็นเรื่องจริง
- 3) ต้องยอมรับและให้ความจริงแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจและยอมรับว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลก ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้น ความเข้าใจและการยอมรับนี้มีความสำคัญมากต่อเทคนิคการรักษาในขั้นต่อไป พยาบาลจะไม่ต่อต้านความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วย ควรจะยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยพร้อมก็นำผู้ป่วยไปสู่ความจริง
- 4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยให้ผู้ป่วยเล่าอาการ เสียงที่ได้ยิน แต่พยาบาลจะไม่สนับสนุน ไม่คล้อยตามหรือดิเคียนผู้ป่วยเรื่องเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน
- 5) ในขณะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองไว้ ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมตนเองอยู่นั้น พยาบาลต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ต้องอธิบายให้บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องได้ทราบ เพื่อจะได้ช่วยกันหาแนวทางช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย
- 6) จัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อเบนความสนใจของผู้ป่วย ให้มาอยู่กับกิจกรรมและความเป็นจริงขณะนั้น จะได้ไม่หมกมุ่นกับอาการประสาทหลอนหูแว่ว ฉะนั้นพยาบาลควรจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

7) จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ไม่ให้สิ่งรบกวนผู้ป่วยมากนัก เช่น เป็นสถานที่สงบ ไม่มีเสียงดัง วุ่นวาย เป็นต้น

2.6 สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย (Hickey,J.V. et al. 1999 อ้างใน นิรมล ปะนะสุนา, 2549)

- 1) การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล(expert clinical practice)
- 2) การมีทักษะในการสอนอบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยครอบครัว (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) การประกันคุณภาพทางการพยาบาล (Quality assurance)

การดำเนิน โครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ซักประวัติอาการจากผู้ป่วย และญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่ว และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออาการหูแว่วซึ่งเป็นการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ผู้ศึกษาวางแผนให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดำเนินการ โดยการ ใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่น่าเชื่อถือต่างๆ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการของโรคจิตเภท อาการหูแว่ว ผลกระทบของอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการรักษาต่างๆ การพัฒนาความรู้ในรูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ซึ่งเน้นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม จากสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์ที่เกิดจากอาการหูแว่วและให้ผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่อกันในกลุ่ม และมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้บันทึกอาการหูแว่วของตนเองเพื่อ

ตรวจสอบติดตามอาการหูแว่วของตนเอง การชี้แนะการจัดการอาการหูแว่ว ด้วยเทคนิคต่างๆโดยให้ผู้ป่วยนำเทคนิคที่ตนเองสนใจไปจัดการกับอาการหูแว่ว ส่งเสริมด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของตนเองด้วย ผลการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือครบทุกกิจกรรมการดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2) ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแนวทางแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว สาเหตุ อาการและการรักษา แนะนำเทคนิค การจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆซึ่งให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการเผชิญหรือจัดการกับอาการหูแว่วของตนเองได้ ผลการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว ผลกระทบที่เกิดกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยรับรู้อาการเจ็บป่วย และมีความต้องการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีแนวทางในการเผชิญหรือจัดการกับอาการหูแว่วที่เหมาะสม

3) ด้านการให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการให้พยาบาลดูแลและช่วยเหลือ ในระหว่างการดำเนินการศึกษาหรือหลังการดำเนินการศึกษาโดยผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4) ด้านการประสานงาน ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม และประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โดยผู้ศึกษาชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประสานขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5) ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำผลงานวิจัยจากต่างประเทศมาพัฒนาปรับปรุง ร่วมกับศึกษาทฤษฎีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและกลุ่มบำบัดพัฒนาเป็นกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาบำบัดเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท และเหมาะสมกับบริบทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

6) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศในการบำบัดอาการหูแว่ว พบว่าการนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาบำบัดอาการหูแว่วได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อาการเจ็บป่วย สนใจดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง ช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ และ ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาฯ ยังไม่มีผู้ศึกษา หรือนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาบำบัด เพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาเป็นผู้คิดริเริ่มและนำการเปลี่ยนแปลงนำการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาบำบัด เพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากการดำเนินการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงทุกราย การศึกษา

ครั้งนี้เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการศึกษาของผู้ที่สนใจในการบำบัดอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

3. แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

3.1 แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive behavior therapy)

เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมาใช้จนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนั้นแยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยความแตกต่างอยู่ที่การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง การบำบัดแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้างเป็นจิตบำบัดที่ใช้เวลาสั้น เป็นวิธีการบำบัดที่ได้รับการวิจัยมากที่สุด และมีเทคนิคที่หลากหลายมากขึ้นเรื่อย ๆ การบำบัดแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิผล ในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค (Wright & Beck, 1994 อ้างถึงใน ัญญาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550) การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดอาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของคนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อตัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม การรักษาแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่องทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุกรูปแบบมีหลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ Dobson & Block, 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต (2545) คือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและตัดแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม หลักการรักษาดังกล่าวจะเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ ประการแรก คือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (Scheme – basic rules for interpreting information from the environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือนวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่

บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกว่าแสดงให้เห็นคนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

3.1.1 ขั้นตอนการบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนของการบำบัดรักษาเริ่มต้นจาก Beck et al. (1979) อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต, (2545) มีดังต่อไปนี้

1) การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (Pattern of negative of distorted automatic thoughts)

2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้อง หรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing accuracy and viability)

3) การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing realistic alternatives)

4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive schemata)

3.1.2 ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ปรากฏการณ์ทาง

ความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

1) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดระดับหน้า (surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจินตลักษณะ (pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นเองด้วยตนเอง โดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนหน้าที่จะทำการรักษาต่อ ความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า มักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ความสิ้นหวัง ในขณะที่ความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกว่ามีอันตราย มีภัยคุกคาม เป็นต้น

2) ความคิดบิดเบือนความจริงหรือความคิดผิดพลาด (Cognitive distortions หรือ Cognitive errors) ปัญหาในความคิดนี้เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ โดยทั่วไปแล้ว ความคิดผิดพลาดที่พบได้บ่อยมักเป็นในลักษณะของ การคิดทำนายอนาคต หรือการคิดทำนายว่าผู้อื่นจะปฏิบัติตนหรือประพฤติดังไร โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน การเลือกสนใจแต่เฉพาะข้อมูลที่เห็นพ้องกับสิ่งที่ตนคาดหมายและเลือก ไม่สนใจหรือรับรู้ข้อมูลที่ค้านกับความคาดหมายของตน เมื่อเกิดเรื่องราวที่ไม่ดีขึ้นจะรับผิดชอบหรือรับผิดชอบ

เกินควร โดยไม่ยอมรับว่าผู้อื่นหรือสถานการณ์มีส่วนร่วมก่อให้เกิดเรื่องด้วย และ การมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ ได้หรือเสียไปหมดและไม่ยอมรับความสำเร็จหรือการคืบหน้าแบบบางส่วน ปัญหาความคิดที่บิดเบือนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความคิดที่สรุป หรืออนุมานจากความรู้สึกของตน (emotional reasoning) ความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว (overgeneralization) ความคิดสุดขีด (catastrophizing) เป็นความคิดแบบ over generalization ที่รุนแรง การคิดขยายใหญ่โตเกินความจริง หรือเป็นเรื่องเล็กเกินจริง (magnification หรือ minimization) ความคิดแบบขาวหรือดำ (dichotomous (All or Nothing) thinking) การคิดบังคับตนเอง (should/must/ought statements) ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้าหรือตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) ความคิดเอาเอง (mind reading) ความคิดนิยามไปทางลบ (labeling) ความคิดโทษตนเองและผู้อื่น (personalization และ blame) ความคิดวนเวียนด้านลบ (selective negative focus) ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) และความคิดแปลถึงกระตุ้นภายในรุนแรงเกินจริง (somatic focus)

3) **แบบแผนความคิด (Schemata)** รายละเอียดหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และถูกเก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้น หรือเรียกว่า Schemata ของบุคคลผู้นั้น การมีแบบแผนความคิดช่วยให้เจ้าตัวเห็นความเหมือนเมื่อได้ข้อมูลมาใหม่ ทำให้โยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบ หรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ไปทางลบ เป็นความล้มเหลว ความสูญเสียหรืออันตราย โดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึกหรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้น และทำให้การรับรู้ และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด

การบำบัดแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบ หรืออีกนัยหนึ่งคือ การเปลี่ยนตัวแปรทางความคิดหรือทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

3.1.3 เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เทคนิคอาจใช้หลายอย่าง มาประกอบตามความเหมาะสม คือ

1) เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive techniques) ได้แก่ การค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Autonomic thought) และระบบความคิดประจำตัว (Schemas) ของผู้ป่วยที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยในการพิสูจน์ความเป็นจริงของความคิดที่ไม่มีเหตุผลเพื่อขจัดความคิดนั้นออกไป โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามภายใต้สถานการณ์สมมุติ (Socratic questioning) การแสดงบทบาทสมมุติ (Imagery and

role play) และการติดตามบันทึกความคิดที่ไม่มีเหตุผลของตนเอง (Thought recording) ซึ่งทั้ง 3 เทคนิค เทคนิคนี้จะทำให้ผู้บำบัดรู้ถึงระบบความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้ป่วย

2) เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral techniques) กลุ่มนักทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และเปลี่ยนแปลงได้ พฤติกรรมของคนปกติและไม่ปกติเป็นผลจากการเรียนรู้ พฤติกรรมของคนที่ไม่ปกติเป็นผลมาจากการเรียนรู้สิ่งที่ไม่ดี เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเรียนรู้จากตัวแบบที่ไม่ดี จึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Wilson and Kniesl, 1996) เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดด้วยทฤษฎีพฤติกรรมนิยมคือ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เป็นประสงค์ การบำบัดตามแนวคิดพฤติกรรมนิยม จึงต้องมีการระบุเป้าหมายที่เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ชัดเจน สังเกตได้ นับได้ และประเมินได้ (Wright and Beck, 1994; Kaplan and Sadock, 1998; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) การการกระตุ้น (Need Arousal) การฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ (Repeated practice) และการเสริมแรง (Reinforcement) (Bower and Hilgard, 1997 cited in Townsend, 2003) เรียนรู้โดย การกระทำ (Doing) ประสบการณ์ (Experience) การทดลอง (Trail) และข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Error) (Skinner, 1968 cited in Townsend, 2003) ผู้เรียนที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สอนได้ถูกต้อง หรือใกล้เคียงก็จะได้รับรางวัลจากผู้สอน

3.1.4 เป้าหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมาย ดังนี้คือ (Townsend, 2003)

1) ติดตามความคิดด้านลบหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่อยู่กึ่งกลางระหว่างเหตุการณ์ภายนอกและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น โดยผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้นซึ่งผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย

2) หาจุดเชื่อมระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย

3) ทดสอบความคิดที่ไม่มีเหตุผลนั้น (Automatic thought) ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยพิสูจน์ความเป็นจริงของความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยขจัดความคิดนั้นออกไป

4) ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีคิดบนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีเหตุผล

5) พิสูจน์ความเชื่อที่ผิดที่นำไปสู่การตีความประสบการณ์ที่บิดเบือน ผู้สอนเป็นสื่อกลางในการกำหนดสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การเกิดการเรียนรู้หรือประสบการณ์โดยอาจใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (Guidance) การแสดงให้ดูเป็นตัวอย่าง (Demonstration) การให้ฝึกปฏิบัติ (Practice) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เป้าหมายของการสอนคือต้องการให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจภายในตัวบุคคลและแสดงผลลัพธ์ออกมาเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

ในทางที่ถูกต้องเหมาะสม หรือตามที่ผู้สอนกำหนด โดยผู้สอนจะเป็นผู้ประเมินพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน (Canter, 1953 cite in Townsend. 2003)

3.2 การจัดการกับอาการหูแว่ว ได้แก่

3.2.1 เทคนิคปรับความคิด (Cognitive techniques) ได้แก่

- 1) การยอมรับเสียงแว่วและเรียนรู้ที่จะอยู่กับเสียงแว่ว (Accept and stay With Auditory hallucination) มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง
- 2) การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน (Reduced attention to voice/Ignorethem)

3.2.2 เทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม (Modification of behavior)

1) การอ่านออกเสียงดังและสรุป (Reading aloud and summarizing) การอ่านออกเสียงดังและสรุปความเป็นทางการกำหนดสมาธิ และความตั้งใจที่จะจัดการกับอาการหูแว่วเป็นการใช้ Vocal cord และการอ่านเป็นการกระตุ้นทางสายตาของผู้ป่วยซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการหูแว่ว (Buccheri et al., 1996)

2) การพูดคุยกับคนอื่น (Talking with someone) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากเสียงแว่ว ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดใจจ่อกับเรื่องที่กำลังพูดคุยมีสมาธิในการควบคุมตนเอง สามารถที่จะพูดคุยเรื่องอะไรก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Talking with about anything, not necessarily about the voices)

3) การดูและฟังเสียงโทรทัศน์ (Watching and listening to TV) การดูโทรทัศน์เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นภายนอกทั้งเสียงและภาพ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจหรือสมาธิของผู้ป่วยจากเสียงแว่วไปสู่สิ่งที่กำลังดูหรือฟังอยู่ ต้องใช้ระยะเวลาประสาธสัมพันธ์มากกว่า 1 คือต้องใช้ตาในการดูภาพ และหูในการฟังเสียงในทีวี ทำให้ความสนใจกับอาการหูแว่วลดลงหรือหมดไป สามารถใช้ลดอาการหูแว่วได้ผลดี (Heilbrun et al. 1986 cited in Buccheri et al., 1996)

4) การหากิจกรรมทำ ไม่ให้อยู่ว่าง ๆ (Keeping busy and doing something one to like to do or help other) วิธีการจัดการหูแว่วด้วยการทำตัวไม่ว่างและทำในสิ่งที่ชอบเป็นการเคลื่อนย้ายความสนใจจากอาการหูแว่ว และมีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ (Buccheri et al., 1996)

5) การฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง (Listening to music with or without earphones) การฟังเพลงเป็นการเคลื่อนย้ายความสนใจจากอาการหูแว่ว เป็นการกำหนดสมาธิ และความตั้งใจที่จะจัดการกับหูแว่ว ลดความรู้สึกวิตก เป็นผลจากการเคลื่อนย้ายความสนใจ (Shifting Attention) (Buccheri et al., 1996)

6) การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง (Self – monitoring) Rutner & Bugle (1969 cited in Buccheri et al. 1996) วิธีการควบคุมตนเองโดยการเขียนบันทึกอาการหูแว่วอย่างอิสระ ช่วยลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้

7) การพูดคำว่า “หยุด และเรียกเสียงนั้น” (Saying “stop” and naming object) จากการศึกษาและทดสอบโดย โดยใช้วิธีการพูดคำว่าหยุด และเรียกเสียงนั้นไว้ควบคู่กับการใช้อุปกรณ์อุดหู (Ear Plug) ในด้านที่ผู้ป่วยไม่ถนัด ทำให้ลดอาการหูแว่วได้ เป็นการกำหนดสมาธิและตั้งใจที่จะจัดการอาการหูแว่วเป็นการใช้ Vocal cord และเป็นการหยุดคิด (Thought Stopping) สามารถลดความถี่ ความดัง ของอาการหูแว่วและเพิ่มความสามารถการควบคุมตนเอง (Buccheri et al, 1996)

8) การพูดคำว่าหยุดและไล่เสียงนั้นออกไป ปฏิเสธเสียง หรือไม่ทำตามอะไรก็ตามที่เสียงสั่ง (Saying “stop and go away”. Ignoring the voices, or not doing what they say to do) วัตถุประสงค์ของวิธีนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการทำตามเสียงแว่วบอกให้ทำ เป็นการบอกให้เลิก การไล่เสียงออกไป โดยพูดคำว่าหยุด หรือการพูดโต้ตอบกับเสียง ซึ่งต้องใช้กำลังใจในการเปล่งเสียงที่อาจช่วยในการลดเสียงแว่ว วิธีการฝึกให้ผู้ป่วยพูดคำว่าหยุด หรือพูดปฏิเสธเสียงแว่ว หลังการฝึกปฏิบัติอภิปรายร่วมกัน โดยยกตัวอย่างเสียงแว่วที่บอกให้ทำแล้วจะปฏิเสธอย่างไร ถ้าเคยปฏิเสธเสียงแว่วแล้วทำอะไรแทน แล้ววิธีการนั้นคุณได้หรือไม่

การบำบัดทางความคิดและใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดเป็นส่วนประกอบได้หลายอย่างตามความเหมาะสม เช่น การจัดกิจกรรม (Scheduling activities) การมอบหมายการบ้าน (Home works) การให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ทำกิจกรรมโดยแบ่งเป็นขั้น ๆ จากง่ายไปสู่ยาก (Graded task assignment) การชักจูงความคิด (Cognitive) การฝึกฝนพฤติกรรมให้สามารถพึ่งตนเอง (Self – reliance training) การซ้อมบทบาท (Role playing) การเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อรู้สึกว่าเกิดความคิดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Distraction) เป็นต้น

3.3 แนวคิดกลุ่มบำบัด

3.3.1. ความหมาย กลุ่มบำบัด (Therapeutic Groups) เป็นรูปแบบการบำบัดอีก รูปแบบหนึ่งนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ มีผู้ให้ความหมาย ไว้ดังนี้

Sandock (2000) กล่าวว่า กลุ่มบำบัด หมายถึงการที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ด้วยตัวเองได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางทำลาย รวมถึงการแก้ไขบุคลิกภาพของตนเอง

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดหมายถึงบุคคล 2 คน หรือมากกว่ามารวมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะอย่าง ใดอย่างหนึ่งร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในช่วงเวลา

ใดเวลาหนึ่ง โดยแบ่งออกได้หลายประเภท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินกลุ่ม

สรุปกลุ่มบำบัด หมายถึง รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยทางจิตให้มีความเข้าใจในตนเอง บรรเทาความรู้สึกอึดอัด ความคับข้องใจ และความวิตกกังวล พร้อมทั้งมีการพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบุคลิกภาพในทางที่เหมาะสม

3.3.2. วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัด วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัดไว้ดังนี้

(Marram , 1978) คือ

- 1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคของตนเองเพิ่มขึ้น
- 2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
- 3) เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว และการแยกตัวจากสังคม เนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมดหวังในชีวิตของสมาชิกกลุ่ม
- 4) เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาของชีวิต และความเจ็บป่วย
- 5) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง
- 6) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่าง ที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเอง และกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี
- 7) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

3.3.3. กระบวนการกลุ่มบำบัด

ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม ในการบำบัดคือ 8-10 คน (Pasquali, Arnold, and Debasio, 1989) ข้อดีคือ จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ในการทำกลุ่มนั้นไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนความถี่ของการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์เนื่องจากผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 3-6 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ (Marram. 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) สร้างความรู้สึกปลอดภัย และความไว้วางใจ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎระเบียบ

และแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึก่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหายอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนนอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหาย่างอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา

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

3.3.4 บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

Marram (1978) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ 4 ประการ คือ

1) ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยก่อประโยชน์ให้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักในความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พัฒนาตนเอง

2) เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตแก่กลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความ เป็นประชาธิปไตย สมาชิกทุกคนมีโอกาสในการพูด การเสนอความคิดเห็น และสามารถแสดงออกในกลุ่ม พร้อมทั้งพยายามลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลภายในกลุ่ม

3) นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้การดำเนินของกลุ่มเป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าตาม คอยติดตาม สังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก แต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ได้อย่างไร พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคองและแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มนั้น จะมุ่งเน้นที่กิจกรรมหรือการปฏิบัติ การเพื่อช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มไว้ดังนี้

1) กำหนดขอบเขตและแปลความหมายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจตรงกันและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

2) การกำหนดโครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม จำนวนสมาชิก ระยะเวลา และสถานที่ ในการดำเนินกลุ่มเพื่อความสะดวกสบายแก่กลุ่ม

3) การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการปะทะสังสรรค์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความรัก ความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน มีความมั่นคงปลอดภัยในกลุ่ม

4) การกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนปัญหาที่คล้ายกันในกลุ่ม เพื่อได้แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งมีผลให้เกิดความผูกพันยึดมั่นในกลุ่มต่อกัน

5) ความสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมแก่สมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาที่ดีขึ้นในกลุ่ม

3.3.5 การประเมินผลกลุ่มบำบัด

การประเมินผลกลุ่มบำบัดระยะสั้น ควรมีรูปแบบที่แน่นอนและประเมินผลกลุ่มได้ทุกด้าน เพื่อความครอบคลุม สะดวกและรวดเร็ว รูปแบบการวิเคราะห์กลุ่ม การปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม การสื่อสารภาษาท่าทาง การช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหของผู้นำกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บรรยากาศกลุ่ม ประเด็นการสนทนา

ดังนั้นกลุ่มบำบัดจึงเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เพราะการใช้กลุ่มบำบัดต่างๆ เป็นสื่อให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกาย จิต สังคมของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับพฤติกรรมให้ดีขึ้น

4. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีเนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนไปจากความจริง ผู้ป่วยมักจะมีความคิดที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบ คือ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือนและ มีการเลือกสรุปข้อมูลและขยายความเกินกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งพบว่าการคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นลักษณะที่เกิดโดยอัตโนมัติ การรักษาโดยใช้แนวทางการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต้องการแก้ไขความผิดปกติของความนึกคิด (cognition) อารมณ์และพฤติกรรม โดยมีหลักการว่าการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ดังนั้นการรักษาจึงเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ คือ ประการแรกได้แก่ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะป็นรูปแบบของการนึกคิด ในทางลบ (Pattern of negative) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกริยาต่อสถานการณ์นั้น ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลความคิดที่บิดเบือน ซึ่งวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ จะไปกระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์ด้านลบ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Beck, 1963 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาพัฒนามาจากแนวทางการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ของ Lewis et al (2002) ซึ่ง โดยกระบวนการบำบัดของ Lewis et al (2002) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าใจ ความสัมพันธ์สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ระยะที่ 2 ค้นหาเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ระยะที่ 3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอน ระยะที่ 4 ค้นหาแนวทางจัดการกับอาการหลงผิดประสาทหลอน การศึกษานี้ผู้ศึกษานำกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาผสมผสานกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการเจ็บป่วย รวมทั้งปรับความเชื่อและความคิดที่ผิดปกติเกี่ยวกับอาการหูแว่ว และเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการตอบสนองต่ออาการหูแว่ว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง เพิ่มทักษะทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ดำเนินการศึกษา คือสัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์ ดำเนินกิจกรรมที่ 1 วันพุธ ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และวันศุกร์ ดำเนินกิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์ ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และวันศุกร์ดำเนินกิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 3 วันศุกร์ดำเนินกิจกรรมที่ 6 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจกัน ซึ่งแจ้งระเบียบของการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ และ

ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว สอบถามอาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล ความรู้ และประสบการณ์การดูแลตนเองของสมาชิก มอบหมายการบ้าน ให้สมาชิกบันทึกลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลงในสมุดบันทึกทุกวัน

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา สอบถามความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้สมาชิกกลุ่ม เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาอาการหูแว่ว และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาจนครบ 6 กิจกรรม มอบหมายการบ้าน ให้สมาชิกบันทึกลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลงในสมุดบันทึกทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 ให้สมาชิกกลุ่ม ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับ รูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม กำหนดสถานการณ์ และมีรูปภาพประกอบเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจง่าย ให้สมาชิกกลุ่ม เขียนความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรม ของตนเอง ลงในรูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ประเมินความรู้ความเข้าใจ ผู้นำกลุ่มทบทวนให้สมาชิกเข้าใจอีกครั้ง มอบหมายการบ้านเพิ่ม คือการฝึก ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม จากสถานการณ์ ที่กำหนดให้ในสมุดบันทึก

กิจกรรมที่ 4 ผู้นำกลุ่ม ทบทวนตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม จากสถานการณ์ ที่กำหนดให้ในสมุดบันทึก เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจ ในการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มกำหนดสถานการณ์ ที่เกิดจากอาการหูแว่ว ให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้เล่าสถานการณ์ ที่เกิดจากอาการหูแว่ว ของตนเอง แล้วนำสถานการณ์นั้นลงในรูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม เพื่อตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมด้านลบ มอบหมายการบ้าน ให้สมาชิกได้บันทึกอาการหูแว่ว พร้อมทั้งความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม ต่ออาการหูแว่วของตนเอง

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางบวก นำสถานการณ์ที่เกิดจากอาการหูแว่วของสมาชิกกลุ่ม มาเป็นสถานการณ์ ให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมทางบวก ผู้นำกลุ่มอธิบายทักษะและการใช้ทักษะในการเผชิญกับอาการหูแว่ว โดยให้สมาชิกเลือกวิธีที่สร้างสรรค์ และเป็นประโยชน์ ต่อตนเอง มอบหมายการบ้านให้สมาชิกได้บันทึกอาการหูแว่ว และทักษะที่ใช้ในการเผชิญกับอาการหูแว่ว ผลของการใช้ทักษะในการเผชิญกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 6 สรุปและประเมินผล โดยให้สมาชิกกลุ่ม ทบทวนประเด็นต่างๆที่ได้เรียนรู้ อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำแบบประเมินหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยการบำบัดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมากมาย พอสรุปได้ดังนี้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ดวงแก้ว รอดอ่อง (2547) ศึกษาการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเรื้อรังจำนวน 30 คน พบว่าในช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ามีอาการประสาทหลอน และมีการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ช่วงที่อาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่รับรู้อาการประสาทหลอนแต่ญาติสังเกตได้ สำหรับวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย พบว่าวิธีที่ใช้มากที่สุดคือการหาเพื่อนคุย/ไม่อยู่คนเดียวรอลงมาคือ การไม่สนใจ/ไม่ฟัง/ทำเฉยๆ ฟังเพลง/เปิดวิทยุต่างๆ บอกตัวเองว่าหูแว่ว หางานทำไม่ให้ยุ่งวุ่นวาย ดูโทรทัศน์ การทำใจยอมรับ/การคุมสติ/ตั้งสติ ท่องนะโม ออกกำลังกาย คุยตามและทำเสียงต่างๆ ตามลำดับ

ยุทธนา งามอาจสกุลมั่น (2548) ศึกษาผลการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการบำบัดรายบุคคลจำนวน 4 ราย ซึ่ง 1 รายมีอาการหูแว่ว 10 ปี พบว่า ผลการบำบัดเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 รายมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคจิตเภทและร่วมมือในการรักษาด้วยยาและติดตามการรักษา จากการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดสามารถใช้ได้ผลทั้งในผู้ป่วยจิตเภทแบบ paranoid type, undifferentiated type, disorganized type โดยไม่มีความแตกต่างกัน

ธิดารัตน์ ฉณิงเพียร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน แบ่งโปรแกรมออกเป็น 10 กิจกรรมๆละ 50-60 นาที คือ (1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต (2)ประเมินประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว (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 ต่อลักษณะ และ ความรุนแรงของอาการหูแว่ว ของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมี วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและ หลังการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ใช้แนวคิด Model for symptom management ของ Dodd et al. (2001) กลุ่มตัวอย่าง 20 คน โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 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 การใช้วิธีอัมเพลงในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 8 การใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วย การฝึกการหายใจ ในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ณัฐภรณ์ เบ้าเรือง (2550) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่ว กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้นำแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al. (1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการจัดการด้านความคิด และเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม ของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มี 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้อุณหภูมิจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การสอนวิธีการสังเกตด้วยตนเอง เกี่ยวกับอาการหูแว่ว กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะ การจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 4 วิธีการจัดการอาการหูแว่ว ด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะ ปฏิเสธ การดื่มสุรา สารเสพติด และ กิจกรรมที่ 6 เทคนิคการพูดว่าหยุด และไล่เสียงนั้นไป สรุปประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงและสามารถควบคุมเสียงแว่วได้ทุกคน

ผ่องศรี เหล่าทะนันท (2550) ศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง 16 คน ได้นำแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al. (1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการจัดการด้านความคิด และเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม ของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มี 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้อุณหภูมิจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การสอนวิธีการสังเกตอาการหูแว่วด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะ การจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 4

ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหิวแหว่ 2 วิธี คือการพูดว่าหยุด ไล่เสียงนั้นไป และ การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน กิจกรรมที่ 5 ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหิวแหว่ 2 วิธี คือ การพูดคุยกับผู้อื่น และ การอ่านออกเสียงดัง กิจกรรมที่ 6 ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหิวแหว่ 3 วิธี คือ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลงโดยไม่ใช้หูฟัง และการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ สรุปประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงแหว่ได้ 11 คน และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงแหว่ได้ เพิ่มขึ้นทุกคน

นฤมล สุริยะ (2550) ศึกษาแนวทางการจัดการอาการหิวแหว่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ โดยนำแนวคิดการจัดการอาการ Larson et al. (1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการจัดการด้านความคิด และเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม ของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง 30 คน มี 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหิวแหว่ ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การสอนวิธีการสังเกตด้วยตนเอง เกี่ยวกับอาการหิวแหว่ กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะ การจัดการอาการหิวแหว่ ด้วยการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 4 วิธีการจัดการอาการหิวแหว่ ด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะ ปฏิเสธ การดื่มสุรา สารเสพติด และ กิจกรรมที่ 6 เทคนิคการพูดว่าหยุด และไล่เสียงนั้นไป สรุปประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการกับอาการหิวแหว่ ผู้ป่วยเลือกวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมากที่สุด รองลงมาได้แก่การฟังเพลง ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง 17 คน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Buccheri, Trygstad, et al. (1996) นำรูปแบบการจัดการกับอาการมาประยุกต์ใช้เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการหิวแหว่ ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหิวแหว่ แม้รับประทานยาสม่ำเสมอ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ๆละ 45 นาที ในแต่ละครั้งใช้การสอนอย่างมีแบบแผนและใช้เทคนิคการอภิปรายในกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีใหม่ๆในการจัดการกับอาการหิวแหว่ ผู้บำบัดจะสอนวิธีการจัดการกับอาการหิวแหว่และให้ใช้วิธีที่สอนคราวละ 2 ครั้งเมื่อเกิดอาการหิวแหว่ ผลการวิจัยพบว่าการใช้วิธีการจัดการกับอาการทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่าลักษณะของอาการหิวแหว่ ได้ความชัดเจน ความดังและจำนวนครั้งการเกิดเสียงลดลง และเสนอแนะว่าการจัดการกับอาการวิธีหนึ่งไม่สามารถใช้ได้กับทุกคนเนื่องจากประสบการณ์อาการหิวแหว่แต่ละคนแตกต่างกัน และ 1 ปีต่อมาได้ศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเดิมว่าโปรแกรมมีผลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับอาการหรือไม่ โดยปรับเครื่องมือในการประเมินให้มีความไวและมีประสิทธิภาพมาก

ยิ่งขึ้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังคงใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วตลอด 1 ปี และลักษณะอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน น้ำเสียง และการทำให้วอกแวกลดลง และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมจากการที่มีผู้ป่วยออกจากโปรแกรมน้อย

Bucherri et al. (1997) ได้นำแนวความคิดการจัดการมาใช้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจำนวน 12 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน โปรแกรมนี้มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ๆ ละประมาณ 45 นาที ซึ่งในแต่ละครั้งของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วจะมีกระบวนการ คือ การนำประสบการณ์การจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยมาสนทนาร่วมกันในกลุ่มและนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เขามีผู้นำ นำไปใช้แล้วและสามารถลดอาการหูแว่วของผู้ป่วยได้ เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ การฮัมเพลง เป็นต้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงวิธีการจัดการร่วมกัน โดยช่วยให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาช่วยในการตัดสินใจ และวิเคราะห์ถึงวิธีการนำไปใช้และนำไปลองฝึกปฏิบัติที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีอาการหูแว่วลดลง

Tarrier et al. (1998) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 87 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลแบบการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลแบบปกติ พบว่า อาการหลงผิดและประสาทหลอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก เมื่อใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง (Supportive counseling) และกลุ่มการดูแลแบบปกติ

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

Wykes, Parr, and Landau. (1999) ทำการศึกษา เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ CBT ต่อการรับรู้อาการเจ็บป่วยและ อาการหูแว่ว เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Waiting – list control กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน แต่เข้ารับการบำบัดครบขั้นตอน จำนวน 10 คน วิธีการดำเนินการศึกษา ทำ

กิจกรรมกลุ่มทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 12 สัปดาห์ติดต่อกัน การบำบัดประกอบด้วย ให้สมาชิกกลุ่มการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว รูปแบบของโรคจิต รูปแบบของอาการประสาทหลอน สอนทักษะหรือการจัดการ กับอาการหูแว่ว การสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง และสรุปผล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่องถึงช่วง follow up สัปดาห์ที่ 24 การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการทางจิต และเพิ่มการรับรู้อาการทางจิตของตนเองมากขึ้น Wykes และคณะ กล่าวว่าประสิทธิภาพระหว่างการบำบัดแบบกลุ่ม และแบบรายบุคคล มีประสิทธิภาพเหมือนกันแต่การบำบัดแบบกลุ่ม ใช้งบประมาณในการศึกษาน้อยกว่าแบบรายบุคคล

Lewis et al. (2002) ศึกษาผลของโปรแกรม CBT ในรูปแบบกลุ่มบำบัด ระยะสั้น 5 สัปดาห์ ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกลุ่มบวก คือ หลงผิด ประสาทหลอน ที่ได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 309 ราย ได้รับการบำบัดด้วย CBT 101 ราย Supportive counseling 106 ราย Routine care 102 ราย โดยกระบวนการบำบัดด้วย CBT ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะ ที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าใจ CBT model ความสัมพันธ์ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ระยะที่ 2 ค้นหาเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ระยะที่ 3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ต่ออาการหลงผิดและประสาทหลอน ระยะที่ 4 ค้นหาแนวทางจัดการกับอาการหลงผิดประสาทหลอน ติดตามประเมินผล 70 วัน หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า เมื่อได้รับการบำบัดด้วย CBT group คะแนนของความหลงผิด และอาการประสาทหลอน ในเครื่องมือ PANSS และ PSYRATS – DS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 60 % ของกลุ่มทดลอง ตอบสนองต่อการรักษาด้วย CBT group มากกว่า Supportive counseling group

Trygstad et al. (2002) ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว กลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ใช้เวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 50 นาที กระบวนการในแต่ละครั้งประกอบด้วย (1)ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้วิธีการจัดการกับอาการในกลุ่ม(2)สอนวิธีการจัดการกับอาการวิธีใหม่และให้มีกรอภิปราย (3)ให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติและอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน (4)ให้บันทึกผลการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าลักษณะของอาการหูแว่วได้แก่ จำนวนครั้งการเกิดเสียง การควบคุมตนเอง ความชัดเจน น้ำเสียง ความวอกแวกไม่มีสมาธิและความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความดังของเสียง และใน 2 ปีต่อมาได้ศึกษาต่อเนื่องว่า โปรแกรมมีผลช่วยลดอาการหูแว่วในระยะยาวหรือไม่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเดิมพบว่าสามารถช่วยลดลักษณะอาการหูแว่วได้ตลอด 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญ

Tait, Birchwood, and Trower (2004) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชในเมือง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงนี้มีคะแนนความมั่นใจในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีจัดการกับอาการแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการดูแลของทีมสุขภาพจิตมีส่วนในการเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยด้วย สรุปว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยวิธีหลีกเลี่ยงมากกว่าวิธีอื่น การใช้วิธีการหลีกเลี่ยงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในวัยผู้ใหญ่ การประเมินตนเองในทางลบและความเชื่อในความสามารถของตนเอง

Tamier et al. (2004) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ของ Cognitive behaviour therapy (CBT) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีอาการของโรคจิตเภทด้านบวก คือ จำนวน 309 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลด้วย Cognitive behaviour therapy (CBT) จำนวน 101 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลแบบ Supportive counseling จำนวน 106 ราย กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลแบบปกติ Routine care 102 ราย การติดตามหลังการบำบัด 18 เดือน ผลการศึกษา พบว่า อาการหลงผิดและประสาทหลอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก เมื่อใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดเปรียบเทียบกับทำให้คำปรึกษาแบบประทับประคอง (Supportive counseling) และกลุ่มการดูแลแบบปกติ

Wiersma, Jenner, Willige and et al. (2001) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ Cognitive behaviour therapy (CBT) กับ coping training ต่ออาการทางจิตและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน รูปแบบการบำบัดเป็นการรวม CBT และ coping training เข้าด้วยกัน ใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสร้างแรงจูงใจและทำทางยอมรับต่อผู้ป่วย การบำบัดมุ่งเน้นที่สถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น การรู้คิด (Cognitive) อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก และผลอื่นๆที่ตามมา มีการกระตุ้นให้กำลังใจในการใช้กลยุทธ์จัดการกับอาการ การติดตามอาการของตนเองและสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ประกอบด้วย เนื้อหาและระยะเวลาการเกิดอาการประสาทหลอน ความรุนแรงและลักษณะของสถานการณ์ ผลการวิจัยหลังการติดตามผล 2 ปี 4 ปี พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาต้านโรคจิตในขนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยลดอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดย 59% ของผู้ป่วยมีหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น

Wykes et al. (2005) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่ม CBT ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและความรุนแรงของอาการหูแว่ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 85 คน ซึ่งรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว กลุ่มทดลองเข้ากลุ่ม CBT (N=45) และกลุ่มควบคุม (N=40) มี 7 กิจกรรมแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 3) การสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับอาการ 4) พัฒนาวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ 5) การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) พัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการทั้งหมด 7) ติดตามผล ผลการวิจัย

พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนหน้าที่ทางสังคมดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการหูแว่วของกลุ่มทดลองยังคงมีอยู่ มีระดับความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ของ Lewis et al. (2002) และใช้วิธีการดำเนินกิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มบำบัด ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน การดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินกลุ่มครั้งที่ 2 - 5 เป็นระยะของการดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วย พัฒนาการรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท พัฒนาการรู้รูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม จากสถานการณ์ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่เกิดจากอาการหูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางบวก เกิดทักษะในการเผชิญกับอาการหูแว่ว กิจกรรมที่ 6 เป็นระยะสิ้นสุดของการดำเนินกลุ่ม ประเมินผล แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นผู้ป่วยยังคงมีอาการหูแว่ว แม้ว่าจะรับประทานยาสม่ำเสมอ

กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework)

