บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

1.4 ชนิดและการวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

2. อาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.1 ความหมาย อาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2 ลักษณะอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.4 ผลกระทบจากอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.5 การประเมินอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.6 การบำบัดรักษาอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในการการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

4.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

4.2 ระดับของแนวปฏิบัติเชิงคลินิก

4.3 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

4.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

5. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

6. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยใช้แนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999)

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทนั้น เดิมมีชื่อเรียกว่า ดีเมนเชีย พรีค๊อก (dementia praecox) นำเสนอโดย อีมิล ครีพพีลิน (Emill Kraepelin, 1893) โดยให้ความหมายของโรคนี้ว่า เป็นโรคที่ทำให้บุคลิกภาพเสื่อม มีพฤติกรรมแปลก ๆ และแยกตัวไม่สนใจตัวเอง มีสติปัญญาเสื่อมลง โดยมีอาการเด่นคือ ประสาทหลอน (hallucination) และอาการหลงผิด (delusion) (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534)

ต่อมา ยูเกน บลูเออร์ (Eugen Bleuler, 1939) ใช้ชื่อโรค สคิโซฟรีเนีย (Schizoprenia) แทน ดีเมนเชีย พรีค๊อก (dementia praecox) ซึ่งหมายถึง การแตกแยกของจิตใจ (splitting of mind) หรือโรคจิตเภทในภาษาไทย เพราะลักษณะสำคัญของโรค คือมีการแตกแยก (schism) ระหว่างความคิด (though) อารมณ์ (emotional) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วยโดย แบ่งเป็นอาการหลักและอาการรองได้แก่

1. อาการหลักมีอยู่ 4As (Bleuler's four As) ได้แก่
   - 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่องทางความคิด (loosening of association)
   - 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (affect)
   - 1.3 มีลักษณะหมกมุ่นในจิตนาการไม่สนใจโลกภายนอก (autism)
   - 1.4 มีพฤติกรรมหรือความคิดสองจิตสองใจในเวลาเดียวกัน ในลักษณะตรงกันข้ามกัน(ambivalence)
2. อาการรอง (secondary symptoms) ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) และอาการหลงผิด (delusion) เคิส สไลเดอร์ (Kurt Schneider) เป็นผู้รวบรวมอาการสำคัญเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ซึ่งเรียกว่า สไลเดียน เฟริส แร็ง ซิมตอม (Schneidian First-Rank Symptoms [SERS]) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยของสไลเดอร์ ได้แก่
   1. การได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (audible thought)
   2. มีเสียงคนพูดโต้เถียงกันในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้ป่วย (voice arguing or discussion or both)

3. มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย (voice commenting)

4. เชื่อว่ามีแรงภายนอกมากระทำต่อร่างกายของผู้ป่วย (somatic passivity experiences)

5. เชื่อว่าความคิดของตนเองหายไปกะทันหันจากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดของตนเองออกไป (thought withdrawal and other experiences of influenced thought)

6. ความคิดของผู้ป่วยแพร่กระจายออกไปภายนอก (thought broadcasting)

7. มีการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติไปแบบหลงผิด (delusional perceptions)

8. อื่นๆ เช่น ความต้องการหรือการกระทำของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการกระทำของสิ่งของภายนอก (all other experiences involving, made affects, and made impulse)

สมาคมจิตเวชแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association: APA, 2005) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทคือลักษณะความผิดปกติทางด้านความคิด ได้แก่อาการหลงผิด และประสาทหลอน การแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ทื่อ การสื่อสารขาดแรงจูงใจ และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก ได้นิยามโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงทางความคิด สติปัญญา การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ มักจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจะมีอาการอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน

สมภพ เรืองตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทผู้ป่วยจะมีอาการความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดอื่นๆ ที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปแล้วโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระบวนความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกมา โดยไม่มีสาเหตุมาจากยาหรือสารเสพติดอื่น ๆ

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

เนื่องจากความหลากหลายของอาการ การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทคงไม่ได้มีสาเหตุของโรคเพียงปัจจัยเดียว การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มักมีปัจจัยหลายอย่างประสมประสานกัน โดยแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ตลอดถึงปัจจัยทางด้านของจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่ 25 ก.ค. 2555
เลขทะเบียน 246342
เลขเรียกหนังสือ

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.1 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ผลการศึกษาโรคจิตเภทของคนในครอบครัว บุตรบุญธรรม และฝาแฝดพบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยหากว่ามีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสการเกิดโรคสูง คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน และบุตรที่เกิดจากบิดาและมารดาป่วยด้วยโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้อยละ 47.0 และ 40.0 ตามลำดับ หากว่าบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวบุตรที่เกิดมาจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 20 ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ แฝดอีกคนจะมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 70-90 และเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่ง แต่ที่มีรายงานบ่อยคือ แขนที่ยาวผิดปกติของโครโมโซม (chromosome) คู่ที่ 5, 11, และ 18 นอกจากนี้ยังพบแขนที่สั้นผิดปกติของโครโมโซม (chromosome) คู่ที่ 19 และ X chromosome (Wilson & Kneisl อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous systems) สมมติฐานเดิมซึ่งยังเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนที่มากเกิดปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ลดการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่า หากสารโดปามีนหลั่งผิดปกติในบริเวณสมองส่วน พรีฟรอนทอล คอร์แท็ก (prefrontal cortex) จะทำให้เกิดอาการทางด้านลบ หากว่าสารโดปามีนหลั่งผิดปกติในส่วนของสมอง สไตรตัม (striatum) จะทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างโดปามีน (dopamine) และซีโรโตนิน (serotonin) นอกจากนี้การศึกษาในระยะหลังยังพบว่า เอ็น เมทธิว ดี แอสพาร์ติค แอซิด รีเซพเตอร์ (N-methyl-D-aspartic-acid receptors) ซึ่งเป็นรีเซฟเตอร์ของกลูตาเมท (glutamate) หากสารดังกล่าวถูกยับยั้งจะทำให้กลูตาเมทลดลงผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในจิตเภทรวมทั้งยังพบอาการด้านลบและความคิดที่ผิดปกติด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิตชย์, 2548) นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานของสารเคมีในสมองที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ สมมติฐานนอร์อีพิเนพฟรีน (norepinephrine hypothesis) ที่มีสารนอร์อีพิเนพฟรีนเพิ่มมากขึ้น และสมมติฐานของกาบา (GABA hypothesis) ซึ่งมีการลดลงของการทำงานของกาบา ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคจิตเภททั้งสิ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายภาคของสมอง เช่นมีเวนตริเคิลที่โตมากกว่าผิดปกติ (ventricle) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมี

อาการลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่าร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างทางสมอง และจากการซีทีสแกน (CT scan) พบว่าบางส่วนของสมองส่วนคอร์ติคอล มีการฝ่อลง (cortical atrophy) และในสมองส่วนเลทเทอลอล (lateral) และเติดเวนตริเคิล (third ventricle) มีการขยายออก (Taylor, 1994)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่ามีการไหลเวียนของเลือด (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาลลดลง (glucose metabolism) ลดลงของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางด้านลบและความผิดปกติทางด้านความคิด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors)

2.1 ด้านปัจเจกบุคคล (the individual patient)

2.1.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychiatric conflict) โดยทฤษฎีของจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) กล่าวว่า โรคจิตเภทเกิดจากการขาดมารดาหรือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในระยะขั้นปาก (oral stage) ปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายในที่เรียกว่าสัญชาติญาณ เป็นผลทำให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของจิตใจร่วมกับการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การโยนความผิดไปให้ผู้อื่น (projection) การปฏิเสธ (denial) หรือ การมีพฤติกรรมถดถอย (regression) จากสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994) ส่งผลต่อบุคลิกภาพทำให้บุคคลนั้นเป็นลักษณะทนต่อความกดดันได้น้อย โดยอาการของโรคอาจเริ่มในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่จำเป็นจะต้องมีอีโก้ (ego) ที่แข็งแรงเพื่อก้าวผ่านในด้านการพัฒนาการ การเป็นตัวของตัวเอง แยกความเป็นอิสระจากบิดามารดา และสามารถควบคุมตนเอง (Kaplan & Sadock, 1998)

2.1.2 การติด ในพัฒนาการระยะใดระยะหนึ่ง (fixation) เนื่องจากบุคคลไม่สามารถผ่านช่วงความยุ่งยากในระยะนั้นได้ ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไป ซึ่งเป็นทฤษฎีจิตพลวัตร (psychodynamic theory) แม้ว่าบุคคลจะมีอายุผ่านพัฒนาการขั้นนั้นไปแล้ว แต่ความขัดแย้งของจิตใจจะยังคงอยู่ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม ความยากลำบาก ความผิดหวัง ก็จะเกิดความคับข้องใจเป็นอย่างมาก ก็จะถอยไปในระยะต้นของชีวิต (regression) เพื่อช่วยให้ความกดดันลดลง เช่นการใช้จินตนาการ (fantasy) ซึ่งกลไกทางจิตนั้นไม่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2.1.3 การเลียนแบบวิธีคิดและปฏิกิริยาของผู้เลี้ยงดูหรือบิดามารดาที่มีปัญหาทางอารมณ์ต่อกัน หรือสัมพันธภาพต่อกันไม่ดีในวัยเด็ก เกิดการจดจำแล้วแสดงออกในวัยผู้ใหญ่ตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Taylor, 1994)

2.2 ด้านครอบครัว (patient's family)

2.2.1 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตนเอง (สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, 2548)

2.2.2 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (double-blind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่มีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ ขาดความมั่นใจและไม่กล้าในการที่จะสร้างสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น (Taylor, 1994)

2.2.3 ด้านครอบครัวมีพยาธิสภาพ (dysfunction family) หากเด็กเกิดในในครอบครัวที่มีผู้เลี้ยงดูหรือบิดามารดาที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน ติดสุรา ติดยาเสพติด ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดู ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม หรือลักษณะครอบครัวที่เป็นแบบซูโดมิวชวล (pseudomutual family) คือลักษณะครอบครัวภายนอกเหมือนมีความผูกพันรักใคร่ แต่ความจริงแล้วสมาชิกไม่ได้มีความเป็นตัวของตัวเอง คือทุกคนต้องคิดและทำในสิ่งที่เหมือนกัน การสื่อสารในครอบครัวมีลักษณะที่แปรปรวน การแสดงของผู้ป่วยอาจแสดงถึงความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2.2.4 การแสดงออกของอารมณ์ที่รุนแรง (high expression emotion: high EE) จากการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พบว่า ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันที่รุนแรง เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) หรือมีลักษณะเข้ามาวุ่นวายกับชีวิตของผู้ป่วยมากเกินไป (over involvement)จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีลักษณะตรงกันข้าม (Kaplan & Sadock, 1998)

กล่าวโดยสรุปคือ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้น เกิดจากสาเหตุดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้านมารวมกัน การที่บุคคลมีสภาวะจิตใจที่เปราะบางซึ่งเป็นจุดอ่อน เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการ ก็จะเกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้น

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

ลักษณะสำคัญทางคลินิกประกอบด้วย

1. อาการก่อนที่จะเป็นโรค (premorbid symptom) ก่อนป่วยผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติของจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นเด็กว่าง่าย เชื่อฟัง ไม่ซุกซน ไม่ชอบเล่นกีฬาที่ต้องแข่งขัน ชอบดู

ภาพยนตร์ มีเพื่อนสนิทน้อย ไม่ชอบเข้าสังคม เมื่อโตขึ้นจะมีบุคลิกภาพแบบแยกตัว เก็บตัว สมยอม (schizoid)หรือ มีความคิดแปลกประหลาด (schizotypal) (Kaplan & Sadock, 1998)

1.1 สภาพจิตขณะป่วย ผู้ป่วยอาจเริ่มบ่นความไม่สบายทางกาย เช่นปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย การทำหน้าที่ทางการงาน ทางสังคม ทางครอบครัวเริ่มไม่ดี แม้กระทั่งการดูแลตนเอง ผู้ป่วยอาจมีความคิดวิตกกังวล ฉงนงงงวย (perplex) สนใจเรื่องปรัชญา เรื่องลี้ลับ เรื่องของศาสนา เริ่มมีพฤติกรรมพิกลแปลกประหลาด คำพูดผิดปกติ ความคิดวิตถาร สีหน้าผิดปกติ การรับรู้สัมผัสอาจจะผิดปกติ ในระยะที่มีอาการเต็มที่ ระยะนี้จะมีอาการของโรคจิตโดยมีความคิดผิดปกติเป็นอาการสำคัญ และพบความผิดปกติแบบอื่นร่วมด้วย คือ ความผิดปกติของการรับรู้สัมผัส ความผิดปกติของอารมณ์ และความผิดปกติของพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) หากตรวจสภาพจิตจะพบความผิดปกติดังต่อไปนี้

พฤติกรรมทั่วไป ผู้ป่วยอาจจะพูดมาก (talkative) หรือพูดน้อยมากหรือไม่พูดเลย (mute) การพูดและการเคลื่อนไหวไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมทันที (spontaneous) ถามคำตอบคำ และมีความเชื่องช้ามาก พฤติกรรมการเคลื่อนไหว ของผู้ป่วยไม่มีเป้าหมายหากมีก็จะเป็นแบบวิตถาร มีพฤติกรรมที่เสียระบบ เช่น เคลื่อนไหวมากเกินหรือไม่ยอมเคลื่อนไหวเลย (catatonic) การเดินวุ่นวายไร้จุดมุ่งหมาย ทำท่าทางไม่พูดเหมือนไม่มีชีวิต ทำตนเองเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง บางคนอาจมีการเคลื่อนไหวที่แปลกประหลาด (Read & Argyle, 1999)

อารมณ์ ความรู้สึกและสีหน้า สีหน้าที่พบได้บ่อยมี 2 ประเภทคือ ประเภทการตอบสนองทางอารมณ์ลดลงหรือไม่มีอารมณ์ใด ๆ (anhedonia) ผู้ป่วยจะมีสีหน้าที่อหรือเฉยเมย ส่วนอีกประเภทคือการตอบสนองทางอารมณ์เกินไปและไม่เหมาะสม เช่น มีความสุขมากว่าตนเองมีความสามารถและมีอำนาจทุกอย่าง (omnipotent) วิตกกังวลว่าเอกภพกำลังจะถูกทำลาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2. การผิดปกติของการรับรู้สัมผัส (disorder of perception) ผู้ป่วยอาจจะมีอาการประสาทหลอน (hallucination) ในประสาทสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่พบได้บ่อยที่สุดคือประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงแว่วเป็นเสียงพูดหนึ่งเสียงหรือมากว่าเสียงนั้นอาจจะกำลังคุกคามข่มขู่ผู้ป่วย นอกจากอาจจะพบอาการประสาทหลอนทางตา หู จมูกและลิ้น บางรายอาจรู้สึกว่าอวัยวะภายในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป (cenesthetic hallucination) เช่น รู้สึกแสบร้อนในสมอง รู้สึกว่าเส้นเลือดมีการฉีกขาด เป็นต้น (Kaplan & Sadock, 1998)

3. ความผิดปกติของความคิด (disorder of thought) มีอยู่ 2 ชนิด คือ

3.1 ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด อาการที่พบคือ มีอาการหลงผิด (delusion) เช่น การหลงผิดว่าถูกมุ่งร้าย การหลงผิดด้านร่างกาย การหลงผิดด้านศาสนา หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจพิเศษ เป็นต้น (Kaplan & Sadock, 1998)

3.2 ความผิดปกติของรูปแบบของความคิด เช่น รูปแบบเนื้อหาที่พูดไม่ต่อเนื่อง พูดแล้วหยุดกะทันหัน ความคิดตกหล่นไม่เชื่อมโยงกัน คิดในส่วนที่ย่อยมาก ๆ มีความคิดน้อย เนื้อหาคำพูดมีน้อย ความคิดในเรื่องนามธรรมบกพร่อง (Kaplan & Sadock, 1998)

3.3 ด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และความจำ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะปกติ (Kaplan & Sadock, 1998)

3.4 การหยั่งเห็น ผู้ป่วยจิตเภทมีความหยั่งเห็นว่าตนเองเจ็บป่วยทางจิตได้น้อยมาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดถึงกระบวนการป่วยของตนเองได้ (Kaplan & Sadock, 1998)

หากสรุปเป็นกลุ่มอาการเด่น สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ

1. กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptom) อาการในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมวิตถารหรือแปลกประหลาด พูดมาก คำพูดไม่เชื่อมโยง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2. กลุ่มอาการทางด้านลบ (negative symptom) ได้แก่ มีสีหน้าเรียบเฉย เนื้อหาที่พูดน้อย ไม่ยินดียินร้ายต่อสิ่งใด ๆ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้นเฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจจะนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยที่ไม่ทำอะไร ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

ผู้ป่วยจิตเภทชนิด type I จะมี positive symptom เป็นส่วนใหญ่ โครงสร้างของสมองเป็นปกติ และตอบสนองดีต่อการรักษา

ผู้ป่วยจิตเภทชนิด type II จะมี negative symptom เป็นส่วนใหญ่ โครงสร้างของสมองตามที่ปรากฏใน CT จะผิดปกติ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน บางคนเป็น ๆ หาย ๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะไม่หายเป็นปกติ ในระยะแรกอาการทางด้านลบจะเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษา อาการทางด้านบวกจะหมดไป

แต่อาการทางด้านลบจะคงอยู่ การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodomal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน ละเลยเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย หันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา และจิตวิทยา ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกเช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน และอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

2.1 ด้านพฤติกรรมบางรายเก็บตัว ไม่อาบน้ำสระผมติดต่อกันหลายวัน กลางคืนนอนไม่หลับเดินไปมา ทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิดตะโกนโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 ด้านความคิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดด้วยเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หมกมุ่นแต่ในความคิดของตนเอง คิดว่าตนเองโดยมุ่งร้าย คิดว่าสามารถส่งกระแสจิตได้ มีความคิดแบบแปลกประหลาด ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นเรื่องราวเดียวกันได้ มีลักษณะการพูดไม่จบประโยคก็จะหยุดพูดทันที เนื่องจากกระแสความคิดขาดหาย บางครั้งพูดมาก ใช้คำพูดแปลกๆ ไม่มีใครเข้าใจนอกจากผู้ป่วย

2.3 ด้านอารมณ์ มักมีอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใด ๆ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.4 ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคืออาการหูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ และทักษะทางสังคมจะลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากโรงเรียนหรือทำงานไม่ได้เป็นระยะเวลานาน และทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลตนเอง (Moller & Murphy, 2001)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่นอาการหงุดหงิด วิตกกังวล หรืออาการหลงผิด หรือประสาทหลอนยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนมากจะพบอาการด้านลบ ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทักษะด้านการติดต่อสื่อสารทางสังคมจะลดลง ระยะนี้จะประมาณ 6 เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจจะนานกว่านี้ (Moller & Murphy, 2001)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

อาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยการซักประวัติ สังเกต สัมภาษณ์ และการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย รวมถึงการซักประวัติจากญาติในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระยะอาการกำเริบโดยใช้การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเภทแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Text Revision (2005) [DSM-IV-TR (2005)]) และขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of disease and Related Health Problems Tenth Revison [ICD-10])

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenia) ตาม DSM-IV-TR (2005)

ตามเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตเภทแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR (2005) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) พิจารณาตามเกณฑ์อาการดังต่อไปนี้

1. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และมีอาการเด่นชัดเป็นเวลา 1 เดือน ดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusion) มีอาการหลงผิดโดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่ามีคนมุ่งร้ายตลอดเวลาโดยที่ไม่มีเรื่องราวสนับสนุนที่เป็นเหตุเป็นผล คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ หรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ คิดว่าตนเองสามารถมีอำนาจควบคุมผู้อื่นได้

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น ซึ่งสามารถเกิดพบได้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางผิวหนัง ประสาทหลอนทางจมูก และประสาทหลอนทางทางลิ้น

1.3 ความผิดปกติทางด้านคำพูด (disorganized speech) เช่นการพูดเนื้อหาไม่ต่อเนื่องไม่เป็นเรื่องราวเดียวกัน มีการสร้างคำแปลก ๆ ที่คนทั่วไปไม่เข้าใจ

1.4 มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การนิ่งเป็นที่ ๆ การเคลื่อนไหวแบบไร้จุดมุ่งหมาย อารมณ์เรียบเฉยหรืออารมณ์ไม่สัมพันธ์กับคำพูด

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญต่างๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมอย่างชัดเจน อย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร (หรือหากเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัยในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน หรือการงาน

3. ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ 1 (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน

4. อาการที่เกิดไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์ หากมีอาการด้านอารมณ์ขณะที่มีอาการกำเริบ ช่วงเวลาที่มีอาการด้านอารมณ์จะสั้น เมื่อเทียบกับระยะอาการโรคจิตกำเริบและระยะที่มีอาการโรคจิตหลงเหลือ

5. อาการที่เกิดไม่รวมถึงภาวการณ์ได้รับสารเคมี สารเสพติด หรือภาวะเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

6. ถ้าผู้ป่วยมีประวัติพัฒนาการหรือโรคออทิสติกในวัยเด็ก จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน

การวินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenia) ตามองค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of disease and Related Health Problems Tenth Revison [ICD-10]) มีเกณฑ์การดังนี้คือ

1. มีความผิดปกติทางด้านความคิด คิดว่าความคิดก็กก้อง สะท้อนออกมา (thought echo) ความคิดถูกสอดแทรก (thought insertion) ความคิดหายไป (thought withdrawal) และความคิดแพร่กระจายออกสู่ภายนอก (thought broadcasting)

2. มีการหลงผิดคิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา ความคิด การกระทำ หรือการรับรู้ของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก และมีอาการอีกอย่างหนึ่งคือ มีอาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริง ๆ (delusion perception) แต่ผู้ป่วยรับรู้แล้ว ผู้ป่วยกลับหลงผิดคิดว่ามีความหมายไปเป็นอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันเลย

3. มีอาการหลงผิดอย่างอื่น โดยที่อาการหลงผิดนั้นเป็นอยู่เรื่อย ๆ และไม่เข้ากับวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ เช่น การสร้างสัญลักษณ์ทางศาสนา หรือเอกลักษณ์ทางการเมือง หรือหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือพลังเหนือมนุษย์ ตัวอย่างเช่นมีความสามารถที่จะควบคุมอากาศหรือกำลังสนทนากับมนุษย์ต่างดาว เป็นต้น

4. มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ อาการประสาทหลอนจะเป็นแบบใดก็ได้แต่ต้องเป็นร่วมกับอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่พบได้บ่อย ๆ คือ ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางผิวหนัง ประสาทหลอนทางลิ้น ประสาทหลอนทางจมูก ส่วนประสาทหลอนที่พบได้มากที่สุดคืออาการประสาทหลอนทางหูซึ่งพบมากที่สุดถึงร้อยละ 75 (American Psychiatric Association [APA], 1997; Carter et al., 1996) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเสียงคนอภิปราย วิพากษ์วิจารณ์ในตัวผู้ป่วย อาจจะเป็นคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ ซึ่งเวลาการเกิดนั้นไม่แน่นอน ซึ่งอาการประสาทหลอนนั้นจะเกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลาย ๆ สัปดาห์ หรือหลาย ๆ เดือน

5. สายธารแห่งความคิดแตกกระจาย หรือผู้ป่วยเติมความคิดไปมากจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น หรือมีการสร้างคำที่มีความหมายใหม่ (neologism)

6. มีพฤติกรรมแบบ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย หรือมีการเคลื่อนไหวทางกายอย่างมาก เช่น ตื่นเต้นมาก ทำท่าทางแปลกประหลาด ทำตนเองเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง อยู่ท่าเดิมนาน ๆ หรือทำเป็นใบ้

7. มีอาการในทางลบ (negative symptoms) เช่น สีหน้าทื่อไม่แสดงอารมณ์อย่างรุนแรง คำพูดมีน้อยมาก การตอบสนองทางอารมณ์เป็นแบบทื่อ ๆ หรือไม่สมเหตุผลและมักจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องถอนตัวออกจากสังคมและความสามารถทางสังคมลดลง ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าอาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากอารมณ์เศร้าหรือยาต้านโรคจิต

8. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในคุณภาพของพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่นเปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ การไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคมเป็นต้น

จากอาการต่าง ๆที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้คือ ผู้ป่วยมีอาการตามข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่งชัดเจนมาก ๆ หากไม่ชัดเจนควรมีอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปแต่ถ้าเป็นอาการข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 8 ต้องมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป โดยระยะเวลาการเกิดอาการนั้นต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

ชนิดและการวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 5 ชนิดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV-TR (2005) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วอยู่บ่อย ๆ โดยไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่นคือ การพูดไม่ต่อเนื่องฟังไม่รู้เรื่อง พฤติกรรมวุ่นวายหรือการหยุดนิ่งเป็นที่ ๆ หรือมีอารมณ์เรียบเฉยไม่เหมาะสม

2. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่นคือ มีความผิดปกติของคำพูด คือ พูดไม่ต่อเนื่อง เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน พูดเร็วหรือช้าเกินปกติ (disorganized speech) มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (disorganized behavior) เช่น การยืนนิ่งเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง หรือการเดินไปมาแบบไร้จุดมุ่งหมาย และมีอารมณ์เรียบเฉยหรือไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะไม่สมเหตุผล

3. ชนิดคาทาโทเนีย (catatonia type) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกเด่นตามเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อคือ

3.1 ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวหรือหยุดนิ่งเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง หรืออยู่ท่าเดียวนาน ๆ

3.2 มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ โดยไร้จุดมุ่งหมายหรือไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอก

3.3 มีการต่อต้านอย่างมาก (negativism) อย่างมาก เช่น ต่อต้านต่อทุกคำสั่งอย่างเห็นได้ชัดทุกกรณีอย่างไม่มีวัตถุประสงค์ หรืออยู่ในท่าแข็งทื่อแม้ว่าจะพยายามเคลื่อนไหวผู้ป่วยก็ตาม หรือมีอาการเป็นใบ้

3.4 มีการเคลื่อนไหวแปลกประหลาดพิกล เช่น ยืนหรือนั่งด้วยท่าทางที่แปลกประหลาดไม่เหมาะสม เคลื่อนไหวแบบซ้ำ ๆ ยิ้มสะแหยะ เป็นต้น

3.5 พูดหรือทำพฤติกรรมเลียนแบบผู้อื่น

4. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) เป็นกลุ่มที่มีอาการของโรคจิตเภทชัดเจนไม่อาการไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคจิตเภททั้ง 3 ชนิดที่กล่าวมาข้างต้น

5. ชนิดที่มีอาการหลงเหลือ (residual type) ชนิดนี้ผู้ป่วยจะเคยมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะอาการทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการทางด้านบวก คือไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การพูดที่ผิดปกติ พฤติกรรมแปลก ๆ บางรายอาจมีอาการดังกล่าวแต่อาการจะไม่เด่น ผู้ป่วยชนิดนี้จะมีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เรียบเฉย ไม่พูด อยู่เฉย ๆ ไม่ทำกิจกรรมอะไร ผู้ป่วยอาจมีอาการอยู่ชั่วระยะเวลาสั้น ๆ หรืออาจมีอาการอยู่นานเป็นปีโดยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

การรักษาโรคจิตเภท

เนื่องด้วยโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ดังนั้นการรักษา จึงมีการผสมผสานหลายวิธี ซึ่งประกอบไปด้วยการรักษาอาการทางกาย และการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ตามระยะอาการของโรคและความรุนแรง (Greene, 1978) การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตแบบรุนแรง เป้าหมายการรักษาในระยะนี้คือ การให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงโดยเร็ว โดยเน้นเรื่องยาและการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา กลุ่มยาที่ใช้เป็นหลักคือยาต้านโรคจิต (antipsychotic) โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการทางด้านบวกจะเห็นผลชัดเจนภายใน 2-3 สัปดาห์ เมื่อใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วควรใช้ติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ก่อนที่จะประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล เมื่อไม่ได้ผลจึง

ใช้ยาต้านโรคจิตชนิดอื่นต่อไป ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา แพทย์ควรใช้ยาฉีดต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์นาน ระหว่างรับการรักษาอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ลำคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เดินไปมาหรือย่ำเท้าอยู่กับที่ (extrapyramidal tact symptom) จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย (Greene, 1978) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนเช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดละประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจทำวันละครั้งหรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน งุนงงสับสน พบได้ใน 1-2 ชั่วโมงหลังจากรักษาเสร็จ ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการหลงลืม แต่ความจำจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปในเวลา 3-6 เดือน (Shergill et al., 2004)

1.2 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (milieu therapy) เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น อาจใช้การผูกยึด จำกัดด้วยบริเวณ หรือการพิจารณาให้ฉีดระงับอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ควรตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการและฤทธิ์ของยาฉีดที่ได้รับ เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นจึงพิจารณายกเลิกการจำกัดพฤติกรรมหรือการจำกัดบริเวณ (Buccheri et al., 1997)

2. การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ระยะนี้ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น สื่อสารรู้เรื่องมากขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการและการบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับการรักษาในระยะอาการกำเริบ จึงเน้นในด้านการบำบัดทางจิตสังคมดังนี้ (Buccheri et al., 1997)

2.1 การบำบัดทางจิตประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดแบบรายกลุ่ม ซึ่งมีวัตถุประสงค์การบำบัดเหมือนกันคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบรายกลุ่มจะอาศัยกระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วนสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นซึ่งจะช่วยลดปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม

2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่นพฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัวเอง ไม่สนใจดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เพื่อปรับพฤติกรรมต่างๆ เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยสามารถใช้วิธี การเสริมแรงบวก การฝึกทักษะการแสดงออก การฝึกการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง และการเรียนรู้จากต้นแบบเป็นต้น

2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยให้มีลักษณะที่สร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ซึ่งจะทำให้คนในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวลดความกดดันต่อผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ดี มีความไว้วางใจต่อกัน มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม

3. การรักษาในระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชนได้ ฉะนั้นในระยะนี้เน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และในบางรายญาติต้องช่วยในการดูแล โดยต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (re-hospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting antipsychotic drug) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นเลิศ (best practice) ของสถาบัน JBI (1999) ได้ให้คำแนะนำในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1. การบำบัดทางปัญญารายบุคคล (Individual Cognitive Behavioral Therapy) มีประสิทธิภาพในการบำบัดทางจิต (overall mental) และทำให้การทำงานในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโดยภาพรวมดีขึ้น (global function) จัดระดับหลักฐานในระดับ 1 แต่ต้องทำร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ที่เป็นมาตรฐานคือ การรักษาด้วยยาและการจัดการรายกรณี

2. การฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interactive behavioral training) ไม่มีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มทักษะทางสังคม (social functioning) หลักฐานในระดับ 1

3. การทำกลุ่มจิตบำบัดในระยะยาวหรือการฝึกทักษะต่างๆ ในรายด้านแบบรายบุคคล สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาด้านจิตใจ หลักฐานระดับ 2

3.1 การฝึกทักษะรายด้าน จะช่วยเพิ่มทักษะการดำรงชีวิต หลักฐานระดับ 2

3.2 การให้กลุ่มจิตบำบัด ไม่มีผลต่อ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลักฐานระดับ 2

3.3 กลุ่มสัมพันธ์ สามารถเพิ่มทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หลักฐานระดับ 2

3.4 กลุ่มจิตบำบัด ไม่มีผลต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมดื่มน้ำมาก (polydipsia) หลักฐานระดับ 2

อาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท

อาการหูแว่วเป็นหนึ่งในอาการที่เรียกว่าประสาทหลอน (hallucination) หมายถึง การรับรู้ผิดปกติจากความจริงโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก เป็นการรับรู้ที่ไม่เป็นความจริง รับรู้ผิด ๆ ว่าสิ่งนั้นมีอยู่จริงแต่แท้ที่จริงแล้วไม่มี (APA, 2000) ซึ่งสามารถรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้รับกลิ่น และการรับรสของลิ้น ซึ่งอาการที่พบได้มากที่สุดคืออาการประสาทหลอนทางหูซึ่งพบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 75 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) รองลงมาได้แก่ประสาทหลอนทางผิวหนังพบได้ร้อยละ 40 และประสาทหลอนทางตาพบได้ร้อยละ 29 (Assad & Chapiro, 1986) ผู้ป่วยที่มีประสาทหลอนจะไม่สามารถแยกสิ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ที่ปกติได้ เพราะทั้งสองสิ่งปรากฏต่อเขาในลักษณะเช่นเดียวกัน เช่นเสียงที่เกิดจากอาการหูแว่วจะไม่แตกต่างจากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินจริง ๆในชีวิตประจำวัน เพียงแต่ว่าในขณะที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วผู้ป่วยไม่เห็นเห็นตัวตนของผู้พูด ซึ่งอาจชักนำทำให้เกิดอาการหลงผิดตามมา

ชนิดของอาการประสาทหลอน

อาการประสาทหลอนที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งเป็น 6 ชนิด (Assad & Chapiro, 1986) ดังนี้

1. ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) คือการที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วหรือเรียกว่าอาการหูแว่ว เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด เช่นการที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงคนพูดคุยกันในหูหรือในหัว พูดคุยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

2. ประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) คือการรับรู้เกี่ยวกับการเห็นหรือสัมผัสภาพที่ผิดปกติ โดยที่ไม่มีภาพนั้นอยู่จริง ภาพหลอนเป็นได้ตั้งแต่เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน เช่นแสงวาบ จนกระทั่งเป็นรูปที่ซับซ้อนเป็นเรื่องเป็นราว

3. ประสาทหลอนทางการรับกลิ่น (olfactory hallucination) เป็นกลิ่นหลอน อาจเป็นกลิ่นที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนาก็ได้ แต่มักจะเกิดขึ้นอย่างมีความหมายพิเศษจำเพาะบุคคล มักพบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ลมชัก หรือเกิดอุบัติเหตุทางสมอง

4. ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุรา

5. ประสาทหลอนทางการลิ้มรส (gustatory hallucination) ผู้เกิดความรู้สึกว่าลิ้นของตัวเองมีรสชาติแปลก ๆ เกิดขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

6. ประสาทหลอนด้านอื่น ๆจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังพบว่า อาการประสาทหลอนยังมีรูปแบบอื่น ๆ อีก (Assad & Chapiro, 1986) ได้แก่

6.1 ประสาทหลอนทางการเคลื่อน (kinesthetic hallucination) เป็นการรับรู้ว่ามีการเคลื่อนไหว ทั้งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง เช่น รู้สึกว่าหล่นลงมาจากที่สูง หรือรู้สึกว่ามีการเคลื่อนไหวของแขนขาทั้งที่แขน- ขาข้างนั้นถูกตัดไปแล้ว ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากสมองที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะส่วนนั้นยังคงทำงานอยู่

6.2 ประสาทหลอนที่เกิดจากอวัยวะภายใน (genesthetic hallucination) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเกิดการสั่นสะเทือนหรือการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน เช่นรู้สึกว่ามีการสั่นสะเทือนและการลุกไหม้ของสมอง การสั่นสะเทือนในเส้นเลือด รู้สึกว่าร่างกายขาดเป็นท่อน ๆ เป็นต้น

อาการประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว เป็นความผิดปกติด้านการรับรู้ของประสาทสัมผัสทางด้านการได้ยิน เป็น เป็นการได้ยินเสียงหรือคำพูดคน โดยมีมีผู้พูดอยู่จริงและไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก โดยเสียงที่ได้ยินอาจเป็นเป็นเสียงที่ได้ยินจากสิ่งที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย หรือได้ยินเสียงก้องในหูหรืออยู่ในหัว เหมือนความคิดของตัวเองดังออกมาเป็นเสียง คือผู้ป่วยจะได้ยินเสียงของตัวเองขณะที่คิดในใจ โดยเสียงที่ได้ยินนั้นอาจเป็นเสียงคนคนเดียวหรือหลาย ๆ คนโต้ตอบกัน เป็นเสียงผู้หญิงหรือผู้ชายหรืออาจเป็นทั้งสองเพศ เป็นเสียงของบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักหรือไม่รู้จักก็ได้ ผู้ป่วยอาจฟังเฉย ๆ หรือพูดโต้ตอบ ส่วนมากผู้ป่วยจะแยกตัวเองและมีอาการหลงผิดร่วมด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

โดยทั่วไปนั้นอาการหูแว่ว สามารถพบได้โดยมีสาเหตุมาจากโรคทางกาย (organic psychosis) และที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (functional psychosis) แต่มีลักษณะที่แตกต่างกันคือ อาการหูแว่วที่มีสาเหตุจากโรคทางกายมักจะเป็นเสียงที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราว (elimentary hallucination) เช่น เสียงวี้ ๆ เสียงหึ่ง ๆ ของแมลง เสียงลม เสียงดนตรี เสียงผิวลมปาก ส่วนเสียงหูแว่วที่มีสาเหตุจากด้านจิตใจโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและโรคจิตเภท เสียงแว่วจะเป็นเสียงคนที่พูดคุยกันเป็นเรื่องเป็นราว เป็นคำหรือประโยคก็ได้ อาจเป็นคนเดียวหรือหลายคน เป็นเพศใดก็ได้ หรืออาจเป็นการโต้ตอบกันของเสียงทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยอาจจะรู้จักเจ้าของเสียงนั้นหรือไม่รู้จักก็ได้ คำพูดนั้นในด้านเนื้อหาอาจเป็นคำชม คำติเตียน วิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือตัวผู้ป่วย คำสั่ง คำขอร้อง คำหยาบคาย หรือผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (audible thought) ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวถือเป็นอาการหลักและเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ไม่รวมกรณีมีความผิดปกติของหู (Adolfo et al., 2003) เสียงแว่วที่ได้ยินจะได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันกลางคืนมีความถี่ของการได้ยินใกล้เคียงกัน เสียงจะเบาลงหากรอบตัวผู้ป่วยมีเสียงที่ดึงดูดความสนใจและดังกว่า (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

โดยทั่วไปเสียงแว่วที่ได้ยินนั้นพบได้ทั้งเสียงแว่วที่ดี (positive voice hearing) และเสียงแว่วที่ไม่ดี (negative voice hearing) ถ้าเป็นเสียงแว่วที่ดีจะเป็นเสียงที่พูดให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและเป็นมิตร (Baker, 1990; Davies et al. as cited in England, 2005) ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวเข้ากับเสียงแว่วได้ ส่วนเสียงแว่วที่ไม่ดี เช่นเสียงต่อว่า ดุด่า คำสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น คำพูดหยาบคาย ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานในเสียงที่ได้ยิน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้ มีความเชื่อที่ผิด ๆ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า (England, 2005) เสียงแว่วที่ได้ยินมีพลังและมีอำนาจควบคุมชีวิต ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคุณภาพชีวิตไม่ดี (Gilbert et al., 2001)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแม้ว่าได้รับยาต้านโรคจิตแต่ยังพบว่าอาการหูแว่วยังคงมีอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและไม่รู้ว่าจะจัดการหูแว่วอย่างไร (Fender, 1982) มีความวิตกกังวล โดดเดี่ยวและรู้สึกซึมเศร้า จะหาวิธีการบรรเทาอาการด้วยการใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เป็นผู้ที่มีความอ่อนแอทางด้านจิตใจ วิตกกังวล มีความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ จะใช้วิธีการจัดการความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นโดยวิธีการเอาชนะซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์อย่างถาวร มองโลกในแง่ร้าย (Robin et al., 2004). ความทุกข์ทรมานที่เรื้อรังและการปรับตัวที่ล้มเหลว ก่อให้เกิดความรู้สึกที่หมดหวัง หรือรู้สึกไม่เป็นมิตร ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ปัจจัยการเกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยสถานการณ์ที่เป็นข้อบ่งชี้ ที่อาจนำไปสู่อาการประสาทหลอนทางหู สามารถอธิบายบนพื้นฐานทฤษฎีของจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีทางชีวภาพ และทฤษฎีสัมพันธภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน (Rome, 1998)

1. ปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล (external stimulation) จากการศึกษาของเฟนเดอร์ (Fender, 1982) กล่าวไว้ว่า เสียงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและเสียงที่ไม่เป็นรูปแบบ เช่น เสียงการจราจร เสียงพูดคุยกันของหลาย ๆ คู่สนทนา เสียงคลื่นวิทยุหรือโทรทัศน์ อาจทำให้อาการประสาทหลอนเลวร้ายได้ จึงนำไปสู่วิธีการจัดการหูแว่วที่หลากหลายวิธี เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเฉพาะการฟังวิทยุหรือเทปโดยใช้หูฟังพบว่าสามารถลดความเข้มข้นของเสียงหูแว่วได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของบุคเชอรี่และคณะ (Buccheri et al., 1997) พบว่าการดูโทรทัศน์มีประสิทธิภาพช่วยลดความเข้มข้นของอาการประสาทหลอน แต่ในผู้ป่วยบางรายไม่มีผล บางรายอาจทำให้อาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า รายการโทรทัศน์มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับกับอารมณ์และประเด็นเรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความคิดว่า

เรื่องราวต่างๆ ในโทรทัศน์พูดเกี่ยวกับตนเอง (idea of reference) ดังนั้นต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะแนะนำให้ฟังเพลงหรือดูโทรทัศน์

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal arousal) แนวความคิดนี้สามารถอธิบายโดยทฤษฎีของจิตวิเคราะห์เรื่องโครงสร้างของจิตใจ (frame of mind) เชื่อว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นเมื่ออีโก้ (ego) ทำงานบกพร่องและเป็นภาวะที่แสดงเกี่ยวกับการฝ่าอุปสรรคของระดับไม่รู้สึกตัวไปสู่ระดับรู้สึกตัว สถานการณ์บางอย่างหรือความคิดบางอย่างเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการประสาทหลอนทางหู อาการนำของการกลับมาป่วยเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตพบว่าความวิตกกังวลขั้นสูงเป็นสาเหตุทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความไวต่อสิ่งกดดันจากการสร้างสัมพันธภาพที่ล้มเหลวและจากสิ่งแวดล้อม (Buccheri et al., 1997) การแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูงของญาติ เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย จากการศึกษาของ นายานีและเดวิด (Nayani & David as cited in Lakeman, 2001) สำรวจผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 100 คนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 45 มีอาการนำก่อนที่จะเกิดอาการหูแว่ว ร้อยละ 52 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ16 มีความรู้สึกกลัวเสียงหูแว่ว ร้อยละ 62 มีความรู้สึกโกรธ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถระบุได้ว่าอาการหูแว่วนั้นเกิดขึ้นช่วงเวลาไหน ซึ่งแนวคิดนี้นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว โดยการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสาเหตุของอาการหูแว่วของผู้ป่วย

3. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) คือมีการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) มากเกินไปและมีความสัมพันธ์กับการทำงานที่ผิดปกติของสมองส่วนฟรอนทอล (frontal lobe) และเทมเพอรอลคอทิค (temporal cotices) การที่ระดับของสารโดปามีนและซีโรโตนีนที่เพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและทำให้มีอาการประสาทหลอน (Keltner et al., 1998) จากแนวคิดนี้ทำให้เกิดการค้นคว้าและผลิตยาที่มีผลโดยตรงต่อการลดสารโดปามีนในสมอง ซึ่งได้แก่ยาต้านโรคจิต จากการศึกษาของเลนน็อกและคณะ (Lennox et al., 2000) ทำการตรวจภาพแสกนสมองของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 พบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหูแว่ว สมองส่วนฟรอนทอลจะมีการทำงานและเคลื่อนไหวมากขึ้นเพื่อต่อต้านเสียงแว่ว และมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยขณะที่ได้ยินเสียงหูแว่ว การศึกษานี้ทำให้สนับสนุนทฤษฎีที่กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่ผิดปกติของช่องทางการได้ยิน (auditory pathway)

มีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนแนวคิด อาการหูแว่วเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการออกเสียงระหว่างมายวอยซ์ (mind'voice) และมายเอียร์ (mind'ear) โดยสังเกตจากหากผู้ที่มีอาการหูแว่วแล้วพูดออกเสียงดังๆ อาการหูแว่วจะลดลง หรือทำให้อวัยวะที่

เกี่ยวข้องกับการพูดมีการเคลื่อนไหว เช่น การร้องเพลง การฮัมเพลง การกลืนหรือรับประทานอาหาร จะช่วยทำให้ลดความเข้มข้นของอาการหูแว่วลงได้ (Lakeman, 2001)

การประเมินอาการหูแว่ว

การประเมินอาการหูแว่วในผู้ป่วย สามารถทำได้ดังนี้

1. การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination: MSE) โดยเฉพาะในส่วนของการประเมินการรับรู้ (perception) ควรถามถึงอาการประสาทหลอนเช่น เสียงแว่ว ภาพหลอน การสังเกตอาการที่แสดงว่าอาจมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้น เช่น การพูดคนเดียว ทำปากขมุบขมิบ หรือการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น หยุดพูดแล้วหันไปมอง ทำท่าทางมองหรือตั้งใจฟังอะไรบางอย่าง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

2. แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG-S]) พัฒนาเครื่องมือโดยบุคเชอรี่ ทริกสแตด และดรออิ้ง (Buccheri, Trygstad & Dowling, 1997) เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจประสบการณ์อาการเจ็บป่วยของตนเองได้มากขึ้น และทำให้เรียนรู้ผู้ป่วยได้มากขึ้น มีจำนวน 31 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

3. แบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย บุคเชอรี่ ทริกสแตด และดรออิ้ง (Buccheri, Trygstad & Dowling, 1997) เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดระดับความรุนแรงของลักษณะอาการหูแว่วมีทั้งหมด 7 ข้อ

4. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Belief About Voices Questionnaire [BAVQ]) พัฒนาเครื่องมือโดยแชดวิค และเบิร์ชวู๊ด (Chadvick & Birchwood, 1995) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเองว่ามีความเข้าใจและตอบสนองต่อเสียงแว่วอย่างไร เพื่อช่วยการประเมินความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว มีจำนวน 5 หมวด 30 ข้อ

การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย (physical therapeutics) ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนอีกด้านคือการรักษาทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (psychosocial and spiritual) ด้วยสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน คนในสังคมตะวันตกเน้นการรักษาในด้านของยา โดยยอมรับว่า

เป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด แต่ก็ยังพบว่าร้อยละ 25-30 อาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีผลทำให้อาการหูแว่วมีลักษณะคงอยู่ตลอดไป (Shergill et al., 2004) นอกจากนี้การใช้ยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ ได้เช่น ความต้องการทางเพศลดลง อารมณ์ราบเรียบ หรือรู้สึกกระวนกระวาย มีรายงานพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 ได้รับยาแล้วอาการหูแว่วหายไปอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะในรายที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อต่อเนื่อง และอีกร้อยละ 30 ยังมีอาการหูแว่ว ทั้ง ๆ ที่ยังคงรับประทานยาอยู่ แต่อาการหูแว่วและความวิตกกังวลลดลง (Baker, 1995)

ส่วนการรักษาด้านจิตสังคมพบว่า อาการหูแว่วสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง โดยนำทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมาใช้ เช่น การควบคุมตนเอง การดูโทรทัศน์ การฟังเพลงหรือการพูดคุยกับผู้อื่น ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย (Buccheri et al., 1997)

ในด้านสังคมตะวันออก เชื่อว่าประสบการณ์อาการหูแว่วเป็นอิทธิพลของภูตผีปีศาจเทพเจ้า การบำบัดรักษาจึงเน้นในเรื่องศาสนา หรือเวทย์มนต์มากกว่าการรักษาด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ (Adolfo, Jose, Manuel & Juan, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทปเปอร์ (Lee, Chong, Chan & Sathyadevan, 2004) พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วทางหูใช้พิธีกรรมทางศาสนา โดยสวดมนต์เพื่อการบำบัดอาการหูแว่ว

หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนรายงานการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในประเทศและต่างประเทศมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) การสร้างสัมพันธภาพนั้นจะช่วยสร้างและเพิ่มความไว้วางใจระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย โดยสื่อสารด้วยท่าทีที่สงบ ใช้คำพูดที่สั้นกะทัดรัดชัดเจน หลีกเลี่ยงการสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแปลความหมายผิด (Cheung & Suen, 2003 อ้างใน ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2552) สัมพันธภาพเชิงบำบัดจะเป็นส่วนที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา เกิดแรงจูงใจในการร่วมทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ

2. การให้ความรู้ (psychoeducation) โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองเพิ่มขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษา โดยสามารถให้ความรู้โดยการอธิบายหรือการจัดทำหนังสือคู่มือให้ผู้ป่วยได้อ่านเอง (Cheung & Suen, 2003 อ้างใน ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2552)

3. การใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ปัจจุบันมีการใช้ TMI (Transcranial Magnetic Stimulation) โดยจะปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ากระตุ้นผ่านกะโหลกศีรษะเข้าสู่สมองในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยสามารถตั้งความถี่และระยะเวลาตามความเหมาะสมได้ พบว่าสามารถลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดี (Tracy & Shergill, 2006)

4. เทคนิควิธีการจัดการอาการหูแว่ว

4.1 การอ่านออกเสียงดังและสรุป (reading aloud and summarizing) วิธีการดังกล่าวจะเป็นการฝึกสมาธิ เป็นการใช้เส้นเสียง (vocal cord) การอ่านเป็นการกระตุ้นทางสายตา เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่ว จากการศึกษาในผู้ป่วย 7 รายพบว่าวิธีการนี้ทำให้ความดัง ความถี่ และความชัดเจนของเสียงแว่วลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น (Buccheri et al., 1997)

4.2 การพูดคุยกับคนอื่น (talking with someone) จากการศึกษางานวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมักจะไม่ค่อยพูดคุยกับผู้อื่น (Salad as cited in Buccheri et al., 1996) การพูดคุยกับผู้อื่นเป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นภายนอก เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงหูแว่ว ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อกับเรื่องที่คุย โดยเนื้อหาที่พูดนั้นจะเป็นเรื่องอะไรก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาการหูแว่ว จากการศึกษาประสิทธิภาพของวิธีดังกล่าว ในผู้ป่วยจิตเภท 200 คนพบว่าระดับประสิทธิผลของของกลยุทธ์ของการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วอยู่ในระดับสูง (ระดับ 8.3 จากระดับช่วงคะแนน 1-10)

4.3 การดูและฟังเสียงโทรทัศน์ (watching and listening to TV) การดูโทรทัศน์ต้องใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า หนึ่งคือต้องใช้ตาในการดูภาพ ใช้หูในการฟัง ทำให้ความสนใจในอาการหูแว่วลดลงหรือหมดไป มีการศึกษาให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ซึ่งเป็นรายการที่ผู้ป่วยสนใจ ถ้าดูแล้วทำให้อาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้นให้หยุดดู หากไม่มีโทรทัศน์ ให้ผู้ทำการศึกษาเดินรอบห้องแล้วให้ผู้ป่วยสังเกตกิริยาท่าทางและเสื้อผ้าที่ผู้ศึกษาสวมใส่ว่าเป็นอย่างไร แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันหลังการฝึกปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดความถี่ ความดังของอาการหูแว่ว และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองในระดับมากที่สุด (Buccheri et al., 1996) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการเพิ่มสมาธิให้แก่ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นทางสายตา ซึ่งเป็นหารเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการหูแว่ว (Nayami & David, 2001)

4.4 การพูดคำว่า "หยุด" และตั้งชื่อเสียงนั้น (saying "stop" and naming object) จากการศึกษาและทดสอบโดยเบิร์ชวูด (Birchwood as cited in Buccheri et al., 1996) ใช้วิธีการพูดว่าหยุดและตั้งชื่อเสียงนั้นควบคู่กับการใช้อุปกรณ์อุดหู (ear plug) ในด้านที่ผู้ป่วยไม่ถนัด

ทำให้สามารถลดอาการหูแว่วได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุชเชอร์รี่ และคณะ (Buccheri et al., 1996) พบว่าวิธีการนี้เป็นวิธีการกำหนดสมาธิและความตั้งใจที่จะจัดการอาการหูแว่วเป็นการใช้เส้นเสียง (vocal cord) และการหยุดคิด (thought stopping) สามารถลดความถี่ ความดังของอาการหูแว่ว และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง

4.5 การพูดคำว่าหยุดและไล่เสียงนั้นออกไป เพิกเฉยต่อเสียงนั้น หรือไม่ทำตามสิ่งที่เสียงนั้นสั่ง (saying "stop" and go away, ignoring the voice, or not doing what they say to do) (Field, 1985) ได้ทำการศึกษาวิธีการดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 มีอาการหูแว่วบรรเทาลง สมมติฐานนี้สามารถอธิบายได้ว่า การพูดและการไล่เสียงออกไปเป็นการเพิ่มความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเสียงนั้นได้และทำให้กล่องเสียงมีการเคลื่อนไหว

4.6 การฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง (listening to music with or earphone) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้หลักการเคลื่อนย้ายความสนใจจากอาการหูแว่วไปยังเพลง พบว่าสามารถช่วยลดความดัง ความถี่ของเสียงหูแว่ว และสามารถลดความวิตกของผู้ป่วยได้อีกด้วย นอกจากนี้การฟังเพลงเป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีอำนาจควบคุมตัวผู้ป่วยมากกว่าสิ่งกระตุ้นภายใน จึงเกิดการเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงหูแว่ว (Field, 1985)

4.7 การผ่อนคลาย (relaxation techniques) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าความเครียดทำให้ความถี่และความเข้มเข้นของเสียงหูแว่วเพิ่มขึ้น การผ่อนคลายความเครียดอาจช่วยทำให้อาการหูแว่วลดลงได้ แต่การผ่อนคลายไม่ได้ทำให้อาการหูแว่วหมดไป แต่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับเสียงได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกดีขึ้น สแลด (Slade, 2001) ได้ทำการศึกษาฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดและฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 9 สัปดาห์พบว่าความถี่ของอาการหูแว่วลดลงจากร้อยละ 15.85 เป็นร้อยละ 9 อธิบายได้ว่าการฟังเทปผ่อนคลายทำให้ลดความวิตกกังวลและเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่ว เทคนิคการผ่อนคลายสามารถฝึกปฏิบัติได้หลายรูปแบบ เช่น การฟังเทป การฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาว่า exercise therapy ช่วยเพิ่มการมีสัมพันธภาพทางสังคม ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางด้านบวก และช่วยเบี่ยงเบนความสนใจและลดความคับข้องใจของตัวผู้ป่วยกับเสียงหูแว่ว (Campbell & Foxcroft, 2008)

4.8 การฮัมเพลง (humming a single note) เป็นการกระตุ้นให้อวัยวะส่วนที่พูดได้ทำงาน เป็นการลดการทำงานของสมองส่วนเทมโพรอลซีกซ้ายซึ่งมีผลทำให้อาการหูแว่วลดลง กรีนและคินสเบอรน (Green & Kinsbourne as cited in Buccheri et al., 1996) ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย พบว่าการฮัมเพลงเบา ๆ สามารถลดเสียงแว่วได้ร้อยละ 59 อธิบายได้ว่า การฮัมเพลงเป็นการเปล่งเสียงออกจากเส้นเสียงออกมาซึ่งจะไปรบกวนเสียงหูแว่ว ทำให้เสียงหูแว่วลดลง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีเวนสัน (Evenson as cited in Buccheri et al., 1996) พบว่าการฮัมเพลงช่วยให้ผู้ป่วย 5 ใน 6 ราย สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชเชอร์รี่และคณะ (Buccheri et al., 1996) ที่พบว่าการฮัมเพลงสามารถช่วยลดความถี่ ความดังของเสียงหูแว่วลงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ในระดับกลาง

4.9 การสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต และทักษะการปฏิเสธสารเสพติดและแอลกอฮอล์ ยาต้านโรคจิตจะช่วยควบคุมอาการหูแว่ว โดยจะไปลดสารโดปามีนในสมอง การสื่อสารเป็นการให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย และเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยการพูดถึงข้อดีของการรับประทานยาต้านโรคจิต ยกประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น อาการข้างเคียงของยาต่างๆ ในด้านสารเสพติด ชวนให้ผู้ป่วยพูดถึงโทษ และเน้นในเรื่องทักษะการปฏิเสธ (Buccheri et al., 2004) นอกจากนี้ควรมีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วของตนเองควบคู่กันไปด้วย ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การนอนหลับหรือการออกกำลัง และการห้ามความคิดของตัวเองเป็นต้น (Tracy & Shergill, 2006)

4.10 การทำตัวไม่ให้ว่างและทำในสิ่งที่ตนเองชอบหรือการช่วยเหลือผู้อื่น (keeping busy and doing something one like to do or help other) บุชเชอร์รี่และคณะ (Buccheri et al., 2004) ได้ศึกษาวิธีการนี้โดยให้ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมที่ตนเองชอบคนละกิจกรรมหรือมากกว่า เช่นการเดิน เล่น การทำความสะอาด และให้ฝึกปฏิบัติ และขณะฝึกปฏิบัติกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้เกิดความใส่ใจในสิ่งที่ตนเองทำอยู่และนำมาอภิปรายร่วมกัน พบว่าความถี่ ความชัดเจน ระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการหูแว่วลดลงและความสามารถในการควบคุมเสียงแว่วเพิ่มขึ้น

5. การผสมผสานการบำบัดหลากหลายวิธี (HIT: Hallucination focused Integrative Treatment) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการหูแว่วได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้อาการทางจิตและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง สามารถกลับไปทำหน้าที่ทางสังคมได้ ลดอัตราการเกิดการกำเริบที่รุนแรงและอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วิธีการนี้ประกอบไปด้วย การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Intervention) ทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (coping skills) การปรับความคิดด้วยวิธีทางปัญญา (Cognitive behavioral therapy: CBT) การรักษาด้วยยา (medication) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) และการทำครอบครัวบำบัด (family intervention) (Buccheri et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีวิธีการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่ง คือ เอ็มเอฟที (Muti-Family Treatment: MFT) ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วให้มีอาการดีขึ้นได้ โดยเฉพาะหากใช้ร่วมกับ HIT จะมีประสิทธิภาพดีมาก ซึ่ง MFT จะช่วยประเมินความใส่ใจและความร่วมมือต่อการบำบัด ประเมินความพึงพอใจ ความรู้สึกหนักใจ การ

ควบคุมเสียงหูแว่ว พยาธิสภาพทางจิต คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Jeanner, Willinge & Wiersma, 2006) MFT ประกอบด้วย

การรับมือกับเสียงหูแว่ว มีกิจกรรมคือ การควบคุมและการจัดการความเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดการกับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การจัดการเสียงหูแว่ว และการเสริมพลังอำนาจ

การวางแผนการปฏิบัติการ มีกิจกรรมคือ การวางแผนรายบุคคล การตั้งเป้าหมายและเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกทักษะทางสังคมแต่ละขั้น ๆ โดยการบำบัดจะให้ผู้ดูแลเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วย และทำการบำบัดพร้อมกันหลายครอบครัว ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยกัน เกิดการปรับตัว และมีกิจกรรมผ่อนคลาย ซึ่งเป็นกิจกรรมทางสังคมแบบหนึ่ง ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ดีขึ้น

มีการรายงานการศึกษาว่า การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับปัจจุบันมากกว่าประสบการณ์หูแว่วที่ผ่านมาของตนเอง ซึ่งจะทำให้สุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้บำบัดควรให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาการตอบสนองต่อเสียงแว่วของผู้ป่วยมากกว่าจะไปค้นหาว่าผู้ป่วยรับรู้ต่อเสียงแว่วว่าอย่างไร เพื่อสามารถหาแนวทางจัดการกับเสียงแว่ว การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ยิ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการค้นหาความหมายของเสียงแว่ว จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดหูแว่วถาวรได้ เนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการแปลความหมายจากเสียงแว่วที่ได้ยินตลอดเวลา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยหมดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Martin Davies, Murray Griffin & Sue Vice, 2001)

จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วมีหลากหลายวิธี ดอดด์ (Dodd, 2001) กล่าวว่าบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้น ๆ จะสามารถคิดได้ว่า วิธีการใดสามารถจะจัดการอาการของตนเองได้ การจัดการอาการเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาจากกระบวนการให้ความหมายที่เกี่ยวกับอาการ การที่บุคคลจะมีการจัดกระทำหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกในการประเมินอาการของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลมีความคุ้นเคยกับอาการ หรือเกิดความรู้สึกที่ดีจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการในได้สำเร็จ วิธีการจะถูกกระทำซ้ำ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลไม่คุ้นเคยกับอาการหรือความรู้สึกที่ไม่ดี การกระทำนั้นก็จะเกิดขึ้นน้อย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วก็เช่นเดียวกัน การที่ผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีการใดนั้น ก็ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่างร่วมกัน เช่น ความเหมาะสมกับบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ การทำงาน หรือแม้แต่สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ความหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือหรือแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีผู้ให้ความหมายดังนี้

จิตร สิทธิเอมอร และคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกว่า เป็นข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นแผนที่จัดทำขึ้นอย่างละเอียดเพียงพอที่จะทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน ระบุถึงชุดกิจกรรม กฎหรือวิธีปฏิบัติ ตลอดจนผู้รับผิดชอบ ในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม โดยมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสม

สภาการพยาบาล (2547) ให้ความหมายว่า เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบเป็นองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยอยู่บนพื้นฐานและการใช้ความรู้มาอ้างอิง ร่วมกับจริยธรรมและความเป็นอิสระในวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจที่ตรงกันและมีส่วนร่วมในการปกป้องคุ้มครองทั้งผู้ให้และผู้ใช้บริการการพยาบาล

สถาบันวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากการนำประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก ร่วมกับการนำความรู้จากผลการวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุป แนวปฏิบัติทางคลินิกคือ ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์หรือภายใต้ผลงานการวิจัย เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านต่างๆ ของสุขภาพ มีการระบุวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดขั้นตอนที่ซับซ้อน และเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

ระดับของแนวปฏิบัติทางคลินิก

หลักฐานที่นำมาใช้ในการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกทีความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกัน ซึ่ง จิตร สิทธิเอมอร และคณะ (2543) ได้แบ่งระดับของแนวปฏิบัติทางคลินิกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับของมาตรฐาน (standard) คือหลักการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาจากลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือในประสิทธิผลของการนำไปใช้ และมีความแน่นอนทางคลินิกสูง

2. ระดับของแนวปฏิบัติ (guidelines) คือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความแน่นอนทางคลินิกในระดับปานกลาง ที่มาจากการนำประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการนำความรู้จากผลการวิจัยมาประยุกต์เข้าด้วยกัน

3. ระดับของข้อเลือกปฏิบัติ (option) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่มีหลักฐานแน่นอน ไม่มีข้อสรุป หรือมีความขัดแย้งในหลักฐานหรือความเห็น

การประเมินหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ จะต้องผ่านการพิจารณาตัดสินใจร่วมกันของทีมที่มีประสบการณ์และใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ต้นทุน ค่าใช้จ่ายและหลักจริยธรรมก่อนนำไปปฏิบัติ และมีการจัดหลักฐานตามระดับข้อเสนอแนะของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2004) มี 5 ระดับดังนี้คือ

ระดับ A ข้อเสนอแนะสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับด้านจริยธรรมมีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระดับมาก ประสิทธิผลที่ได้ดีเป็นเลิศสมควรนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ B ข้อเสนอแนะสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเล็กน้อย การยอมรับทางจริยธรรมไม่ชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระดับปานกลาง ประสิทธิผลที่ได้นำไปประยุกต์ใช้พอควร

ระดับ C ข้อเสนอแนะสามารถนำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มปานกลาง ยังคงมีข้อโต้แย้งทางจริยธรรมบางประการ มีข้อจำกัดผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ประสิทธิผลที่ได้ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ D ผู้ปฏิบัติต้องฝึกทักษะเพิ่ม ต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มค่อนข้างมาก มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับน้อย ประสิทธิผลที่ได้จากงานวิจัยมีข้อจำกัด

ระดับ E ไม่สามารถเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ไม่เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม ไม่มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ไม่มีประสิทธิผล

จัดระดับของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (level of evidence) โดยใช้หลักของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย ((NHMRC, 1999) ได้แบ่งระดับของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ดังนี้

ระดับที่ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยงานวิจัยทุกเรื่องมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมทั้งมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งหมด (Randomize Control Trial [RCT])

ระดับที่ 2 หลักฐานอ้างอิงจากการทบทวนความรู้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่าง (Randomize control trial [RCT]) อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 3.1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาทดลองที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับที่ 3.2 หลักฐานอ้างอิงจากการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) หรือกรณีศึกษาจากกลุ่มงานวิจัยมากกว่า 1 กลุ่มขึ้นไป

ระดับที่ 3.3 หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาติดตามระยะยาว โดยไม่มีการทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงที่มาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงพรรณนาหรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก AGREE (The AGREE Collaboration, 2001) ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมิน 6 หมวด ดังนี้

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์
    1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
    1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
    1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
    2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสหวิชาชีพ
    2.2 ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความเห็น
    2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
    2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
    3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกกลักฐานงานวิจัยชัดเจน

3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน

3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ

3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน

3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำมาใช้

3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติได้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ

4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปแบบ เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน

4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์

4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ อาจเป็นในรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5. การประยุกต์ใช้

5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้

5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ

5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพิจารณาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพิจารณาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ

6.2 มีการบันทึกข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การประเมินกำหนดให้มีผู้ที่มีความรู้เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 4 คน หรืออย่างน้อย 2 คน โดยการคิดคะแนนของแต่ละหมวดในแต่ละข้อแบ่งการให้คะแนนในระดับ 1–4 (ไม่เห็นด้วย = 1, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4) ใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้ในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด}} \times 100$$

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ศิริรัตน์ นิตยวัน (2552) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบดังนี้คือ

1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบไปด้วย จิตแพทย์จำนวน 2 คน นักกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพนักศึกษาปริญญาโท 1 คน

3. การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์

4. การสืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐาน

4.1 การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ขอบเขต และเป้าหมายในเรื่องที่ต้องการพัฒนา

4.2 สืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยทำอย่างเป็นระบบ

5. คัดเลือกและประเมินคุณค่าของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ

5.1 คัดเลือกหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษา มีหลักฐานชัดเจนและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการได้

5.2 คัดเลือกหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่สามารถตอบคำถามที่ตั้งไว้โดยมีชนิดและวิธีการศึกษาค้นคว้าที่ชัดเจน ใช้ภาษาได้ถูกต้อง มีตำแหน่งที่ตั้งของการวิจัย มีแหล่งตีพิมพ์และวันที่พิมพ์แสดงให้เห็นชัดเจน เป็นหลักฐานที่ประเมินผลได้และมีระเบียบวิธีการวิจัยที่ถูกต้อง

5.3 ประเมินคุณค่าหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ของแต่ละกิจกรรม ผลประโยชน์กับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ในแต่ละกิจกรรม กับค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่จะเกิดขึ้น

5.4 จัดระดับของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (level of evidence) โดยใช้หลักของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999)

6. การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก และกำหนดสาระสำคัญประกอบด้วย 6 หมวดหมู่ตามการจัดหมวดหมู่ของสถาบันวิจัยรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 2001) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 หมวดหมู่ โดยมีรายละเอียดในแต่ละข้อดังนี้

หมวดที่ 1 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีการลงชื่อยินยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและครอบคลุมถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับความเชื่อและวัฒนธรรมของตนเองโดยไม่เป็นผลเสียต่อการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และควรให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาภายใต้บรรยากาศที่เหมาะสม และมีความหวัง

หมวดที่ 2 การประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินสภาวะทางจิตด้วย MSE (Mental Status Examination) ประเมินสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชฉบับปรับปรุง (HoNOS-Mod) ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน (Belief About Voice Questionnaire [BAVQ]) ประเมินลักษณะของเสียงแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ])

หมวดที่ 3 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีหูแว่ว

1. ประเมินอาการประเมินลักษณะและความเชื่อต่อเสียงแว่วของผู้ป่วยทุกรายเพื่อวางแผนการบำบัดรักษาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเชื่อต่อเสียงต่างกัน ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ประเมินการรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วย เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หากผู้ป่วยมีความเสี่ยวสูงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือทำร้ายทั้งตนเองและผู้อื่น ควรมีการจำกัดพฤติกรรมที่เหมาะสม ประเมินหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วรุนแรงขึ้น

2. ดำเนินการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีหูแว่วทุกราย สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ดีระหว่างผู้ป่วย และทีมผู้รักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยและเป้าหมายการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ความยอมรับภาวะหูแว่วของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปฏิเสธโดยตรงเนื่องจาก อาจเพิ่มความหวาดระแวงของผู้ป่วยและทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ เสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาเนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย

3. ดำเนินการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วยังคงอยู่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดจนอาการทางจิตสงบ แต่ยังคงมีอาการหูแว่วคงเหลืออยู่ควรได้รับการสอนเรื่องการ

จัดการพฤติกรรมเพื่อควบคุมเสียงแว่วของตนเอง ควรให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วคงอยู่แต่สามารถควบคุมได้ทุกรายก่อนทำการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

1) ทีมผู้ดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท ปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการหูแว่วและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การสังเกตและการประเมินอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการอาการหูแว่ว

2) ให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรค การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิต

3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในด้านต่อไปนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ทักษะการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการหูแว่ว การสังเกตอาการเริ่มต้นของการกลับเป็นซ้ำ

หมวดที่ 5 การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

1) การให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำและสอบถามประเมินอาการคร่าว ๆ ของผู้ป่วย

2) ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการสังเกตอาการ การปฏิบัติตัว และอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3) ส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตแก่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านผู้ป่วย กรณีรักษาต่อใกล้บ้าน โดยใช้**แบบ**บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน(โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2551)

หมวดที่ 6 การติดตามและพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติ

1) ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

2) อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำเนื่องจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับภาวะโรค

3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

4) ติดตามการใช้แนวปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทของบุคลกรทุก 3 เดือน

5 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

6 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ ผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่า สาระสำคัญของแนวปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ส่วนใหญ่มีระดับของความน่าเชื่อถือ

อยู่ในระดับ 3 และ 4 ตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประสิทธิผลอาจจะยืนยันได้ไม่ดีเท่าที่ควร แต่ทางทีมพัฒนามีความเห็นว่าสามารถเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 1 แม้จะมีหลักฐานยืนยันที่น่าสนใจ แต่ทางทีมพัฒนามีความเห็นว่าเป็นไปได้ยากในการนำมาปฏิบัติจริงความเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเห็นด้วยในระดับมาก ว่าแนวปฏิบัติใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสะดวกในการใช้ ทีมสหวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ สามารถใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 16 จังหวัดในภาคเหนือ ให้การปรึกษา รับการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเครือข่าย 39 แห่ง ผู้ป่วยที่มารับการรักษามากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 36.62 ของจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด (รายงานสถิติโรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) มีตึกที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวแบ่งตามเขตจังหวัดภาคเหนือจำนวน 5 ตึก แต่ละตึกมีผู้ป่วยประมาณ 50-70 คน โดยมีพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเวรเฉลี่ย 1-2 คนต่อเวร ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะที่อาการกำเริบและมีภาวะวิกฤติทางจิตใจที่รุนแรงซึ่งได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์ชุมชน โรงพยาบาลสวนปรุงมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกแรก (first episode group) ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งรอง (multiple episode group) และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช (comorbidity/ dual psychiatric diagnosis group) มีแนวทางการดูแลตามหลักดีเมททอด (D-METHOD) คือ มีการให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา สิทธิผู้ป่วย แผนการรักษา การรักษาสุขภาพ และการรับการรักษาต่อเนื่อง และมีการวางแผนการจำหน่าย (discharge plan) จากกระบวนการดูแลดังกล่าวยังพบปัญหาคือ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยและมีอาการทางจิตที่รุนแรงเมื่อกลับมารักษาซ้ำ จำนวนผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันยังมีจำนวนมากในปี 2552 พบผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 5.58 ซึ่งเป้าหมายของโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับรุนแรงยังเกิดขึ้นบ่อย ๆ จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลสวนปรุงปี 2552- 2553 พบว่า มีประเด็นปัญหาของความเสี่ยงที่

เป็นอันตรายในขณะรับการรักษา คือผู้ป่วยมีอาการหูแว่วและทำร้ายผู้อื่น จำนวน 15 ราย ทำให้ร่างกายตนเองได้รับบาดเจ็บ จำนวน 9 ราย พยายามทำร้ายตัวเองโดยการแขวนคอช่วยไว้ได้ทัน 2 ราย เสียงแว่วไม่ให้รับประทานยาให้เอายาไปทิ้งจำนวน 10 ราย จากการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนศึกษาสาเหตุย้อนหลังในรายที่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ทุกรายมีอาการหูแว่วร่วม และมักเป็นอาการกำเริบที่นำผู้ป่วยมารับการรักษา (การสุ่มทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจำนวน 30 รายที่ยังคงรับการรักษาในหน่วยงานในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2553) โรงพยาบาลสวนปรุงยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ชัดเจนเหมาะสมร่วมกัน มีการให้การดูแลที่แตกต่าง เกิดการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานร่วมกันเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยใช้แนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การให้ความเห็นของทีมยกร่างหรือการประชุมทีมถึงปัญหาของหน่วยงานและความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติมาใช้ การให้ความเห็นของทีมจะเป็นความคิดเห็นที่ดีกว่าคนคนเดียว ทำให้ความผิดพลาดน้อยลง เกิดความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัติมากขึ้น ทำให้เกิดการเผยแพร่ไปสู่บุคคลรอบข้างได้เร็ว ซึ่งการให้ความเห็นของทีมยกร่างสามารถที่จะทำได้แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

1.2 การได้รับการสนับสนุนและการยอมรับจากกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในหน่วยงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติ เห็นความสำคัญ เกิดการยอมรับในการนำไปใช้จริง

1.3 การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ เครื่องมือประกอบด้วยแนวปฏิบัติ ข้อสรุปของแนวปฏิบัติ หัวเรื่องในการจัดทำสื่อ ผู้ที่เชี่ยวชาญ และวัฒนธรรมในหน่วยงาน จากการศึกษาพบว่าการใช้เครื่องมือในการให้ความรู้เพียงวิธีเดียว จะมีผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพน้อย การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้แบบผสมผสานหลายวิธี จะช่วยให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูง

2. ขั้นดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ

2.1 มีการประกาศใช้แนวปฏิบัติ มีการติดตาม ตรวจเยี่ยม กำกับติดตาม จากผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ได้รับคำแนะนำในการใช้แนวปฏิบัติให้ถูกต้อง ทั้งในด้านความเข้าใจและการนำไปสู่การปฏิบัติจริง

2.2 การให้ความรู้และความช่วยเหลือแก่ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ วิธีการนี้จะทำให้เกิดความหวังแก่ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

2.3 การปรับตัวและการประสานความร่วมมือ การใช้แนวปฏิบัติต้องมีการส่งเสริมความรู้สึกเป็นกลุ่มเดียวกัน การมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ เกิดการใช้แนวปฏิบัติด้วยความเต็มใจ

2.4 การสัมมนาและการประชุมกลุ่มร่วมกัน เป็นการเข้าร่วมประชุมโดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมีการติดตามผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอและมีจริยธรรม

2.5 ระบบเตือนผู้ปฏิบัติในการทำงานประจำ ระบบย้ำเตือนจะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนัก ซึ่งอาจทำโดยการบันทึก หรือการใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.6 สิ่งสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการเงิน ความพึงพอใจของบุคลากร การได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการของผู้เชี่ยวชาญ การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก นโยบายสนับสนุนของผู้บริหาร และการติดตามประเมินผลลัพธ์ในระยะดำเนินการ

2.7 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ อินเตอร์เน็ต ในการจัดระบบข้อมูล การประเมินผล การแก้ไข เผยแพร่ และช่วยในการวางแผน และนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลและมีการเชื่อมต่อข้อมูลได้เร็ว

3. ขั้นประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนนี้จะรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินผล ก่อให้เกิดการประกันคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยอาศัยงานวิจัย เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและมีมาตรฐาน ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย เพื่อให้แนวปฏิบัติเกิดการพัฒนาและสามารถนำไปปฏิบัติจริงในงานประจำ ทำให้เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรงพยาบาลสวนปรุงมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยังพบปัญหาในหน่วยงานคือ จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาซ้ำด้วยอาการหูแว่วที่รุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนและความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากอาการหูแว่วขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น ตลอดจนยังไม่มีการดูแลที่เฉพาะเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ทำให้เกิดการดูแลที่แตกต่างไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และไม่ต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ซึ่งพัฒนาโดย ศิริรัตน์ นิตยวัน (2552) มาใช้และทำการประเมินประสิทธิผล ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาโดยประยุกต์กรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมี 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ โดยการเผยแพร่แนวปฏิบัติ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติแก่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมและปรับแนวปฏิบัติให้เข้ากับหน่วยงาน 2) ขั้นดำเนินการ โดยการตีพิมพ์และนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการกำกับติดตาม ปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง และ3) ขั้นประเมินผลลัพธ์ โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งหากผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วนี้มีประสิทธิผลจริง ผู้ศึกษาจะได้นำมาปรับใช้ในงานประจำต่อไป