ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่ว
ในผู้ป่วยจิตเภท

เรืออากาศโทหญิงปัทมา แก้วสีใส

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2552
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON PERCEPTION OF AUDITORY HALLUCINATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

FLG. OFF. PATTAMA KAEWSESAI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
โดย	เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัทมา แก้วสีใส : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON PERCEPTION OF AUDITORY HALLUCINATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ. ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 168 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยการจับคู่ตามคะแนนอาการประสาทหลอนทางหู กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่วเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

2. การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต ปัทมา แก้วสีใส

ปีการศึกษา 2552 ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5177574136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEYWORDS : GROUP COGNITIVE BEHAVIORTHERAPY PROGRAM / PERCEPTION OF AUDITORY HALLUCINATION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

PATTAMA KAEWSESAI : THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON PERCEPTION OF AUDITORY HALLUCINATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, PH.D., 168 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare perception of auditory hallucination of schizophrenic patients before and after received group cognitive behavior therapy program, and to compare perception of auditory hallucination of schizophrenic patients who received the group cognitive behavior therapy program, and those who received regular caring activities. Forty schizophrenic patients with auditory hallucination were randomly assigned into control group and experimental group by matching with the level of auditory hallucination. Research instruments were group cognitive behavior therapy program for schizophrenic patients with auditory hallucination and perception of auditory hallucination questionnaires which were examined for content validity by 5 professional experts. The reliability of the questionnaire was .89. The data was analyzed by mean, standard deviation and t-test.

Major finding were as follows:

1. The perception of auditory hallucination of schizophrenic patients after received group cognitive behavior therapy program was significantly lower than before experiment, at the .05 level.

2. The perception of auditory hallucination of schizophrenic patients who received group cognitive behavior therapy program was significantly lower than those of patients who received regular caring activities, at the .05 level.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study : Mental health and psychiatric nursing Student's Signature Pattama Kaewsesai
Academic Year : 2009 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจ เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้ความรู้ คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และเป็นกำลังใจเสมอมา และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้วิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี คุณสมลักษณ์ เขียวสด พยาบาลจิตเวช และบุคลากรทุกท่านในงานส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิต และคลินิกบริการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรีที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ขอขอบพระคุณมูลนิธิคุ้มเกล้า ที่กรุณามอบทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทตลอดหลักสูตรการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณคุณแม่จวน แก้วสีใส คุณพ่อวิชัย แก้วสีใส และครอบครัวที่ให้กำลังใจและสนับสนุนด้านการศึกษาตลอดมา จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษาวิจัยที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 6

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 6

ขอบเขตการวิจัย..... 10

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 13

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 14

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท..... 15

1.1 คำจำกัดความ..... 15

1.2 ระบาดวิทยา..... 16

1.3 ลักษณะอาการ..... 16

1.4 เกณฑ์การจำแนกโรคจิตเภท..... 17

1.5 การดำเนินของโรคจิตเภท..... 18

1.6 ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท..... 19

1.7 การรักษา..... 21

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท..... 26

หน้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อาการหูแว่ว..... 33
2.1 ความหมายและลักษณะอาการ..... 33
2.2 ชนิดของการเกิดอาการ..... 34
2.3 สาเหตุของการเกิดอาการ..... 34
2.4 กระบวนการเกิดอาการ..... 36
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท..... 38
3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม..... 52
4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว..... 61
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 64
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... 70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 74
การดำเนินการทดลอง..... 81
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 102
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 111
รายการอ้างอิง..... 122
ภาคผนวก..... 130
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 131
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา และสถิติที่ใช้ในการวิจัย..... 133
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ แบบฟอร์มขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล..... 138
ภาคผนวก ง แบบฟอร์มพิจารณาจริยธรรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 144
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 163

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนอาการประสาทหลอนทางหู ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	73
2	คะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการกำกับการทดลอง.....	99
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	104
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว....	105
5	คะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	106
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (Paired t-test).....	107
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Paired t-test).....	108
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้านก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	109
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test).....	110

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) ในปัจจุบันคือ ปัญหาด้านการกำเริบซ้ำของโรค โดยพบว่าร้อยละ 50-70 จะกลับมามีอาการกำเริบของโรคได้อีก ภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ซึ่งในการป่วยซ้ำแต่ละครั้ง จะส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเสื่อมลงอย่างมาก ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม (APA, 1994) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังจัดเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีปัญหาซับซ้อน และมีภาวะพึ่งพิงสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อาศัยในชุมชนนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือ ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงหรือสูญเสียการรับรู้ที่เป็นจริง (Beebe, 2001)

จากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งมีลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้คือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) สำหรับกลุ่มอาการด้านบวกเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด เป็นความผิดปกติด้านความคิดร่วมกับการรับรู้ ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งจะพบเด่นชัดและรุนแรงในระยะอาการกำเริบ (Active phase) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว (Auditory hallucination) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบร้อยละ 75 (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) นอกจากนี้อาการหูแว่วยังจัดเป็นอาการทางจิตที่ถือว่าเป็นอาการหลัก (Core symptom) ของโรคจิตเภท และเป็นอาการเตือน (Prodomal sign) ว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการกำเริบ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2544) จะเห็นได้ว่าอาการหูแว่วในผู้ป่วย

จิตเภทเป็นลักษณะของอาการทางจิตที่สำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจุบันจึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อาการหูแว่วเป็นปัญหาที่คงอยู่มาช้านานในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วอย่างต่อเนื่องทั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Kane, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) ที่พบว่าประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีอาการหูแว่วหายไปอย่างสมบูรณ์ หากผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ส่วนอีกร้อยละ 30 ยังคงมีอาการหูแว่วแต่ความรุนแรงลดลง อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า ร้อยละ 25 ถึง 30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และมีผลทำให้เกิดอาการหูแว่วที่มีลักษณะคงอยู่ (Shergill et al., 1998 cited in Buccheri et al., 2004) โดยทั้งนี้พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับอาการหูแว่วเกือบตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Slade & Bentall, 1988 cited in Penn et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้ารับการรักษาที่พบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการหูแว่วในลักษณะคงอยู่ตลอดไป (Persistent auditory hallucination) (Miller, 1996 cited in Trystad et al., 2002) โดยอาการหูแว่วที่มีลักษณะคงอยู่ตลอดไปนั้นเป็นประสบการณ์ความทุกข์ทรมานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากรายงานว่าตนได้รับความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง จากอาการหูแว่ว (Husting & Hafner, 1990) นอกจากนี้อาการหูแว่วที่มีลักษณะคงอยู่ยังเป็นข้อจำกัดอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการทำงาน และการฟื้นฟูสภาพตนเอง (Barbato, 1998) จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ชัดว่า อาการหูแว่วในโรคจิตเภทเป็นอาการทางจิตที่เรื้อรัง หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับอาการผิดปกตินี้ได้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ซึมเศร้า และสูญเสียการควบคุมตนเอง

โดยในที่นี้อาการประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว (Auditory Hallucination) หมายถึง ความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน เป็นการได้ยินที่ผิดปกติไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอกหรือการรับความรู้สึกทางการได้ยินที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง (Kaplan & Sadock, 2003) ด้านสาเหตุของอาการหูแว่วยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน แต่ในปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านระบบประสาทและการรู้คิด สำหรับปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่ การหลั่งของสารโดปามีนมากเกินปกติ ร่วมกับความผิดปกติของการ

ทำหน้าที่ของสมองส่วนฟรอนทอลและเทมเพอรอล (Kasai et al., 2002) ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) พบว่า อาการหูแว่วมีความเชื่อมโยงกับการถูกทำร้าย ทารุณกรรม การพลัดพราก การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Adolfo et al., 2003; Holowka et al., 2003; Lysaker et al., 2002) อีกทั้งปัจจัยด้านระบบประสาทและการรู้คิด (Neurocognitive model) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีการแสดงออกของความบกพร่องด้านระบบประสาทและการรู้คิด ซึ่งวัดได้จากความตั้งใจ การเรียนรู้ ความจำ และการเผชิญปัญหา โดยการก่อเกิดความนึกคิดของบุคคล (Self generated thought) ภายใต้ผลลัพธ์ของการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับเสียงและความล้มเหลวในการส่งผ่านข้อมูลสู่การเปรียบเทียบ พบว่า ถ้าผลลัพธ์ของการรับรู้สัมผัสมีความบิดเบือน (distorted) จะทำให้เกิดการแปลความที่ผิดพลาดระหว่างประสบการณ์การรับรู้ที่ถูกทำนายกับประสบการณ์การรับรู้ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของอาการประสาทหลอน (Hallucination) (Badcock, 2008; Seal, Aleman and McGuire, 2004; Kurtz, 2003)

จากการศึกษาพบว่า อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งสร้างความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือหวาดระแวงกลัว จนอาจนำมาซึ่งการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จัดเป็นการกระทำที่อยู่เหนือการควบคุมของบุคคล (Romme, 1996) โดยทั่วไปเสียงแว่วที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เสียงแว่วทางลบ (Negative voice hearing) (Davies et al., 2001; England, 2005) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วและรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแต่อาการหูแว่วยังคงอยู่ (Persistent auditory hallucination) โดยลักษณะเสียงแว่วทางลบเป็นเสียงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Close & Garety, 1998) บุคคลที่ได้ยินเสียงแว่วทางลบ ส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้ มีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลในระดับสูง ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า จากนั้นจะพยายามบรรเทาอาการหูแว่วด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพกัญชา หรือสารเสพติดชนิดอื่นๆ และมีจำนวนมากที่ทำร้ายตนเอง (England, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 100 ราย มีอาการหูแว่วแบบเสียงสั่งถึง ร้อยละ 53 โดยในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยไม่รู้วิธีจัดการกับเสียงแว่วยอมทำตามเสียงสั่ง จนเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นถึงร้อยละ 55 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้อำนาจเสียงมาก (Power of voices) แต่รับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมและจัดการกับเสียงแว่วน้อย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Gilbert และคณะ (2001) พบว่าร้อยละ 25

ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว อธิบายว่าเสียงแว่วที่ประสงค์ร้ายมีพลังและควบคุมชีวิตเขาโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

จะเห็นได้ว่าอาการหูแว่วเป็นอาการทางจิตที่มีความสำคัญ ทั้งนี้ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วที่บิดเบือนจากความจริง หรือไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วที่ตนกำลังประสบอยู่ได้นั้น ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัว และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (Buccheri et al., 2004) นอกจากนี้อาการหูแว่วยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน จนกระทั่งไม่อยากทำอะไร เบื่อหน่าย ย้ำคิดซ้ำๆ คิดหมกมุ่นอยู่ในโลกของตนเอง บางรายมีการแสดงออกด้วยการพูดคนเดียว มีพฤติกรรมแปลกประหลาด แยกตนเองจากสังคม การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยลดลง ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบด้านลบต่อการเรียน การปฏิบัติหน้าที่การงาน รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียทักษะทางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์, 2548) นอกจากนี้อาการหูแว่วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม โดยพบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมลดลง สมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ใจ วิตกกังวล หวาดระแวง กลัว เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงและเป็นอันตราย (สุดสบาย จุลกทัพพะ และคณะ, 2542) อีกทั้งความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วที่เรื้อรังและการปรับตัวที่ล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวัง (Hopeless) ไม่เป็นมิตร (Hostile) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Lysaker et al., 2002) นอกจากนี้ประสบการณ์หูแว่วยังก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ส่วนผลกระทบที่รองลงมา คือ ภาวะเศรษฐกิจสังคมที่แย่ลง (Newton et al., 2005) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเป็นไปอย่างยากลำบากและทุกข์ทรมาน

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดอาการหูแว่วให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยนำการบำบัดด้านจิตสังคมเข้ามาบำบัดผสมผสานกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Singer & Addington et al., 2009) ซึ่งในการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม พบว่า บุคคลที่จะสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเข้มแข็งกว่าเสียงแว่วที่ได้ยิน ซึ่งจะทำให้สามารถปรับตัว และเผชิญกับเสียงแว่วได้อย่างเหมาะสม (Brier & Strauss, 1983 cited in Buccheri et al., 1996) สำหรับการบำบัดด้านจิตสังคมที่กำลังได้รับความสนใจ และมีการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

เนื่องจากเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการหูแว่ว อาการทางคลินิกด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท (Wykes et al., 1999) อีกทั้งพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group Cognitive Behavior Therapy) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน และมีประสิทธิภาพในทางคลินิก ช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจเสียง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว อีกทั้งเพิ่มการตระหนักรู้ในรายที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Wykes et al., 1999; Lewis et al., 2002; Penn et al., 2009) แต่ทั้งนี้ในประเทศไทยยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาและพัฒนาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาที่แท้จริง เนื่องจากเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของความรู้สึกทุกข์ทรมานและการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท จะพบว่าเกิดจากการมีความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับเสียงแว่ว หรือมีการรับรู้เสียงแว่วที่บิดเบือนจากความจริง ซึ่งแนวทางการบำบัดที่สอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาคือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงประสิทธิผลของเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับอาการหูแว่ว เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิดซึ่งมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการรับรู้ (Kurtz, 2003) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้อาการเจ็บป่วยของตน สามารถค้นหาและทำความเข้าใจความคิดอัตโนมัติของตนที่มีต่อเสียงแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับเสียงแว่วให้เป็นความคิดความเชื่อที่เหมาะสม สมเหตุสมผล อันจะนำมาซึ่งการรับรู้และการแปลความเกี่ยวกับเสียงที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการหูแว่ว โดยสามารถปรับตัวเข้ากับเสียงแว่วได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเป็นไปอย่างราบรื่น ไม่ทุกข์ทรมาน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานยิ่งขึ้น (Lewis, 2002; Wykes et al., 2005) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าหากมีการนำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ลักษณะเสียงแว่วที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เสียงแว่วทางลบ (Negative voices) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วและรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแต่อาการหูแว่วยังคงอยู่ โดยเสียงแว่วที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เสียงแว่วที่เป็นเสียงสั่ง (Voice commanding) หรือเสียงแว่วที่เป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ (Voice commenting) (Close & Garety, 1998) โดยทั้งนี้สาเหตุของความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลระดับสูง และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า พบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้ และมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียง (England, 2005)

อีกทั้งอาการหูแว่วยังจัดเป็นอาการทางจิตที่เรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานและสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคคลอื่นที่สังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วย มักตำหนิติเตียน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย คับข้องใจ (Fontaine, 2003) อีกทั้งอาการหูแว่ว ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือหวาดระแวงกลัว จนอาจทำร้ายตนเองและผู้อื่น ซึ่งจัดเป็นการกระทำที่อยู่เหนือการควบคุมของบุคคล (Romme, 1996) และเมื่อความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ล้มเหลว ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้ามากขึ้น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลง ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นตามมา (Buccheri et al., 2004) ทั้งนี้สาเหตุเนื่องมาจากปัจจัยด้านระบบประสาทและการรู้คิด คือ การส่งผ่านข้อมูลผ่านโสตประสาท และการแปลความการรับรู้ที่บิดเบือน ร่วมกับการกดเก็บความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องของกระบวนการรู้คิดของบุคคล จึงทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมา (Seal, Aleman and McGuire, 2004) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีลักษณะการรู้คิดที่ผิดปกติดังนี้คือ มีความคิดที่บิดเบือน ขาดการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นจริง และมีความคิดเข้าหาตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ชัดว่า อาการหูแว่วเป็นอาการทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัด เพื่อสามารถจัดการกับอาการหูแว่วของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในที่นี้แนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย คือ แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เนื่องจากมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมบิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้บุคคลรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยนำกระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้ (Cognitive technique) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคล รวมทั้งยังมีการนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral technique) มาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stuart & Lariaia, 2005)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย (Nayani & David, 1996) และ ความเชื่อเกี่ยวกับเสียง (Tait et al., 2004; Birchwood and Chadwick, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่วโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากมีเป้าหมายในการบำบัดดังนี้ คือ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อเสียงแว่ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่วของตนและเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่มีต่อเสียงแว่ว ให้เป็นความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยอยู่ภายใต้ความเชื่อที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจเสียง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการจัดการกับอาการหูแว่วมีผลต่อการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (Birchwood and Chadwick, 1997; Wykes et al., 1999) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lewis และคณะ (2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการทางจิตด้านบวก ซึ่งเป็นการบำบัดระยะสั้น 5 สัปดาห์ พบว่าช่วยลดอาการทางจิตด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู คือ ช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งส่งผลให้อาการหูแว่วและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Lewis และคณะ (2002) ซึ่งอ้างอิงแนวคิดการบำบัดทาง

ความคิดและพฤติกรรมของ Beck มาเป็นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมต่ออาการหูแว่ว นอกจากนี้การดำเนินการในรูปแบบกลุ่มยังก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง และมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม โดยในที่นี้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ และความพร้อมเพรียงในการทำกิจกรรม และในส่วนของการให้สุขภาพจิตศึกษามีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านการจัดการกับอาการและการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รูปแบบความคิดที่ผิดปกติรูปแบบต่างๆ และเป้าหมายของการบำบัดรักษา ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และช่วยเหลือสมาชิกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติด้านลบ อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อสถานการณ์อาการหูแว่ว และเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่ออาการหูแว่ว ให้เป็นความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมในทางบวกมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือบิดเบือนเกี่ยวกับเสียงแว่วของผู้ป่วยให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้ในการปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมให้เป็นความคิดความเชื่อที่ถูกต้อง เหมาะสม และนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบที่นำมาซึ่งอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้กลายเป็นความคิดด้านบวกที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ เป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงในทางที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์มากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล ดำเนินการตามขั้นตอนนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และช่วยให้ผู้ป่วย แต่ละคนประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนภายหลังเข้าร่วมกลุ่มเพื่อเป็นแรงจูงใจในปรับตัวและการจัดการกับเสียงแว่วต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

2. การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยทำการทดลองที่โรงพยาบาลราชบุรี

1. **ประชากรที่ศึกษา** ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อาศัยในชุมชน และเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก

2. **กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแม้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต จำนวน 40 คน โดยทั้งนี้ต้องมีระดับคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน และไม่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา

3. **ตัวแปรที่ศึกษา**

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โดยในที่นี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่วเป็นอาการสำคัญประการหนึ่งในระหว่างการเข้ารับการรักษา

การรับรู้อาการหูแว่ว หมายถึง การประมวลและแปลความหมายสิ่งเร้า ผ่านทางประสาทสัมผัส ซึ่งสิ่งเร้าในที่นี้คือ เสียงแว่ว โดยการได้ยินเสียงแว่ว จัดเป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน (Auditory perception) โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งในขั้นตอนหรือกระบวนการของการรับรู้อาการหูแว่ว พบว่า มีความคาบเกี่ยวกันระหว่างความคิด ความรู้สึก ความจำ ประสบการณ์ การเรียนรู้ และการตัดสินใจในลักษณะต่างๆ เช่น ความถี่ของเสียงแว่ว ความดังของเสียงแว่ว ความชัดเจนของเสียงแว่ว ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ การรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว และการรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว ซึ่งประเด็นของการรับรู้อาการหูแว่วทั้งหมดนี้สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว (Perception of auditory hallucination questionnaire)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการหูแว่วและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับอาการหูแว่วได้ ตามเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Lewis และคณะ (2002) ซึ่งใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck มาเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะอาการหูแว่วและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วที่เกิดจากความคิด และการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมบิดเบือนของตนเอง โดยเน้นการลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และทักษะในการจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตนเอง รวมทั้งลดความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ จากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการหูแว่ว ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึก และวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว จากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วลงในสมุดบันทึก

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยก่อนเข้าสู่กิจกรรมผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มผ่อนคลายความเครียด จากนั้นอธิบายแนวคิดพื้นฐาน เป้าหมายการบำบัด และรูปแบบความคิดที่ผิดปกติ จากนั้นให้สมาชิกฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม จากสถานการณ์อาการหูแว่วของตน และมอบหมายการบ้านให้สมาชิกสังเกตและบันทึกอาการหูแว่ว รวมทั้งฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนที่มีต่ออาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก โดยผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดทางบวกและความคิดทางลบ และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติจากสถานการณ์อาการหูแว่วของตน และนำมาอภิปรายร่วมกัน พร้อมกันนั้นผู้นำกลุ่มส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่ม

ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวกและสมเหตุผลมากขึ้น และมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ โดยให้สมาชิกฝึกตรวจสอบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริง จากนั้นสำรวจพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว และวิธีการจัดการกับเสียงแว่วของสมาชิก และให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นเทคนิคการจัดการด้านความคิดและเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติเพื่อเกิดทักษะ และมอบหมายเป็นการบ้าน

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆ ไปใช้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ โดยให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบและทำความเข้าใจความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่มีต่อเสียงแว่วเป็นไปในทางบวก จากนั้นติดตามความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่มในการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วไปใช้ เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ ค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคจากการนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ จากนั้นทบทวนความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ ร่วมกันอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล โดยผู้นำกลุ่มสรุปและทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และแนวทางการควบคุมและจัดการอาการหูแว่วหูแว่วด้วยตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติตนที่เหมาะสมด้านการรับประทานยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการ การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหูแว่ว และการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วตามแนวคิดบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทในการควบคุมและจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง

2. สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่างๆ จากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

คำจำกัดความ

ระบาดวิทยา

ลักษณะอาการ

เกณฑ์การจำแนกโรคจิตเภท

การดำเนินของโรคจิตเภท

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

การรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อาการหูแว่ว

ความหมายและลักษณะอาการ

ชนิดของการเกิดอาการ

สาเหตุของการเกิดอาการ

กระบวนการเกิดอาการ

แนวคิดเกี่ยวกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia และใช้มาจนถึงปัจจุบัน Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง คำว่า “Schizophrenia” เป็นคำที่มาจากภาษากรีก “ Schizo ” หมายถึง การแยกออก และ “ phren ” หมายถึง จิตใจ เมื่อรวมกันหมายถึง บุคคลที่มีจิตใจแตกแยก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.1 คำจำกัดความ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางสบ (Negative symptoms) ซึ่งอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่ (Kaplan & Sadock, 2000)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีความเสื่อมหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือนและไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดและภาวะเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 2001)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ความผิดปกติดังกล่าว มีผลกระทบต่อหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีโรคทางกาย และมีอาการดังกล่าวเป็นมาอย่างน้อย 6 เดือน (สุชาติ พหลพลภาค, 2544)

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของผู้ป่วย โดยต้องไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติด ภาวะเจ็บป่วยทางกาย และมีอาการดังกล่าวต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 ระบาดวิทยา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชชนิดอื่นๆ พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่าๆกัน พบได้ในทุกสังคมทุกเชื้อชาติ อัตราความชุกของโรคในประชากรทั่วไป พบร้อยละ 0.5-1 (Kaplan & Sadock, 2000) มักเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความผิดปกติของโรคมักเริ่มปรากฏอาการในเพศชายได้เร็วกว่าเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายมักเริ่มแสดงอาการในช่วงก่อนอายุยี่สิบปีหรืออายุยี่สิบต้นๆ ระหว่างอายุ 15-25 ปี เพศหญิงเริ่มเป็นระหว่างอายุ 25 ถึง 35 ปี (สุชาติ พหลพลภาค, 2544; Kaplan & Sadock, 2000; APA, 2000)

1.3 ลักษณะอาการ

ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท ตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American psychiatric association, 2000; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีดังนี้คือ

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และการแสดงพฤติกรรม มีอาการประสาทหลอนหลงผิด ความคิดผิดปกติ และแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มักพบในระยะอาการทางจิตกำเริบ โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหลงผิด โดยอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท คือ อาการหูแว่ว อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) คือ การที่ผู้ป่วยขาดสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป มีลักษณะพฤติกรรมและการทำหน้าที่น้อยลง เป็นอาการที่แสดงออกทางสีหน้าอารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใดๆ ไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจ และความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความคิดเชิงนามธรรมเสียไป มักพบในระยะแรกเริ่ม อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ญาติหรือผู้ใกล้ชิดยังสังเกตไม่ได้ การตอบสนองต่อการรักษาจะไม่ค่อยดีเท่ากับกลุ่มที่มีอาการด้านบวก

การเกิดอาการแต่ละครั้งจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจแสดงอาการนำมาก่อนหลายเดือน หรืออาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุกระตุ้น เช่น สารเสพติด หรือมีความเครียดทางจิตใจที่รุนแรง

สำหรับลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือป่วย 2-3 ครั้ง แล้วหายขาดกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่มักพบมีอาการทางจิตหลงเหลือและไม่กลับคืนสภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์, 2544) โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับอาการหูแว่วเกือบตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Slade & Bentall, 1988 cited in Penn et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้ารับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการหูแว่วในลักษณะคงอยู่ตลอดไป (Miller, 1996 cited in Trystad et al., 2002) โดยอาการหูแว่วที่มีลักษณะคงอยู่ตลอดไปนั้นเป็นประสบการณ์ความทุกข์ทรมานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Husting & Hafner, 1990) อีกทั้งยังเป็นข้อจำกัดอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการทำงาน และการฟื้นฟูสภาพตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Barbato, 1998) จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ชัดว่า อาการหูแว่วในโรคจิตเภทเป็นอาการทางจิตที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.4 เกณฑ์การจำแนกโรคจิตเภท

ตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภทจะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.4.1 ลักษณะอาการ (Characteristic Symptoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้

1) อาการหลงผิด (Delusion) โดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ หรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นความผิดปกติของการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

3) มีอาการพูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติ เช่น นั่งในท่าหนึ่งท่าใดนานๆ

4) ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ ไม่พูด

1.4.2 การงานและการสังคมเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

1.4.3 ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.4.4 อาการที่เกิดไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์

1.4.5 อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมี หรือยาตัวอื่น

1.4.6 อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออติสติก

1.5 การดำเนินของโรค

โดยทั่วไปการดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) คือ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรือมีอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่รับผิดชอบ การเรียน การทำงาน หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย แต่จะไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะมีอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ตึงเครียด วิตกกังวล เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี อยู่ไม่เป็นสุข ความสนใจในตนเองบกพร่อง ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อยๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ บางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และทรัพย์สิน

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงหรือเสื่อมลงมากกว่าปกติ อาการทางจิต เช่น อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรก และ

ไม่ได้เป็นอาการเด่น ลักษณะอาการที่หลงเหลือส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น ในระยะนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันไม่ได้ อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อผู้ป่วยมีความกดดันด้านจิตใจ โดยอาการเปลี่ยนแปลงที่กำเริบบ่อย ได้แก่ เครียด หงุดหงิด วิตกกังวล คิดฟุ้งซ่าน นอนไม่หลับเป็นครั้งคราว และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

1.6 ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อน สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ที่ผ่านมามีการพยายามศึกษาถึงปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทอย่างหลากหลาย ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในปัจจุบันได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factor)

จากการศึกษาพบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 10-16 และในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.6.2 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor)

จากการศึกษามีข้อค้นพบว่า ปัจจัยทางชีวเคมีเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ โดยเชื่อว่า การมีสารโดปามีนหลั่งออกมามากเกินในสมองจะมีผลให้เกิดอาการทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่าอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของสารโดปามีน ส่วนอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานลดลงของโดปามีน ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงเมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารโดปามีน เช่น Haloperidol, Chlopromazine และมีอาการทางจิตเพิ่ม เมื่อได้รับยาหรือสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งของโดปามีน เช่น L-dopa, Amphetamine ส่วนสารสื่อประสาทตัวอื่นๆ ที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางจิต ได้แก่ Norepinephrine, Serotonin และ GABA โดยพบว่า Norepinephrine มีมากใน Hypothalamus, Limbic system และ Cerebellum

มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้ ความจำ การมีแรงจูงใจ การหลับ การตื่น และความวิตกกังวล ส่วน GABA มีผลในการยับยั้งการหลั่งสารโดปามีนและ Serotonin มีผลในการแสดงอาการทางจิตด้านลบ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสรีรวิทยา โดยเฉพาะด้านกายวิภาคของสมองผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบความผิดปกติดังนี้ คือ จากการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า บางรายมีการขยายของ lateral ventricle และบางรายมี Cortical atrophy ในบางส่วนของ Temporal lobe และ Hippocampal nuclei ซึ่งการค้นพบนี้อธิบายว่าการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภทได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) และจากการทำ Positron Emission Tomography scan (PET scan) พบว่า Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ในส่วน Frontal lobe ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิด การอ่าน การวางแผนต่างๆ เสียไป ขาดความคิดริเริ่ม และมีอารมณ์เฉยชา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในสมองดังกล่าวจึงมักมีอาการด้านลบมากกว่าด้านบวก ซึ่งในที่นี้พบว่า อาการด้านบวกเกิดจากความผิดปกติของ Temporolimbicstructures และ Subcortical - cortisal interconnectivity โดยเฉพาะระหว่าง frontal cortex และ diencephalic limbic structure ที่ผิดปกติ เนื่องจากสมองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการเคลื่อนไหว (Moller & Murphy, 2001)

1.6.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor) (Kaplan & Sadock, 2000; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติในการจัดระบบอัตตา (Ego organization) อย่างมาก จนกระทบกระเทือนต่อการตีความเกี่ยวกับความเป็นจริง และกระทบกระเทือนต่อการควบคุมแรงขับไม่ว่าจะเป็นแรงขับทางเพศ หรือแรงขับชนิดก้าวร้าว ซึ่งความผิดปกติในการจัดระบบอัตตาเกิดขึ้นเนื่องจาก ในวัยเด็กผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ราบรื่นกับมารดา ทำให้ขาดความสามารถในการสร้างความไว้วางใจ และขาดความสามารถในการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงแก่ตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพในวัยเด็กช่วงขวบปีแรก มีผลทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และความสามารถในการตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น จึงทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

4) จากการศึกษาพบว่า ประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี เนื่องจากประชากรที่มีเศรษฐานะต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่า

5) เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มักมาจากครอบครัวที่บิดามารดามีความขัดแย้งกัน และพยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน จนในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

6) ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High emotional expression) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional involvement)

อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท เชื่อว่า เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ได้รับความน่าเชื่อถือในปัจจุบัน คือ Stress Diathesis Model ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการที่บุคคลมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์, 2544)

1.7 การรักษา

หลักในการรักษาอาจแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามลักษณะอาการ ดังนี้ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและคณะ, 2544; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์, 2548)

1) ระยะแรก เรียกว่า ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute Phase) การรักษาที่ควรได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญในระยะนี้ คือ ต้องค่อยๆ ลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยค่อยๆเพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลง ส่วนในรายที่อาการทางจิตรุนแรงจะไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยไฟฟ้า

2) ระยะที่สอง เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย แล้วต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกวันในช่วงที่กำลังลดยา ถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น หรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อยจนสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแล้วยังมีการรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้การรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

3) ระยะที่สาม เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจใช้เวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการให้ความร่วมมือที่ต่ำมาก การรักษาด้วยยานอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตทุเลาของผู้ป่วยได้แล้ว ยังช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วในระยะนี้ยังควรได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมด้วย

Kaplan & Sadock (2000) ได้แบ่งการรักษาโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs)

การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นแนวทางการรักษาอย่างแรกของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีอาการดีขึ้น และสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับสังคมได้ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ายาต้านโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมาก ได้แก่ อาการข้างเคียงของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น อาการสั่น ตัวแข็ง คอแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย ตาเหลือก กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวซ้ำๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่ง คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมา ได้แก่ อาการต่อต่อมไร้ท่อ เช่น อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง คือ การแพ้แสงแดด

ชนิดของยาต้านโรคจิตที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีอยู่หลายชนิด สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) ได้แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical Antipsychotic drugs) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic drugs)

1.1 ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical Antipsychotic drugs)

หลักการใช้ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ รักษาระยะอาการเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาพบว่ายากลุ่มนี้มีการออกฤทธิ์ต่อ Dopamine receptor ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

1.1.1 Phenothiazine เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีนที่มีผลต่ออาการทางจิต ทำให้อาการทางจิตทุเลาหรือหายไป ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ พฤติกรรม และความนึกคิดเหมือนปกติมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหลับง่าย และหลับสนิทขึ้น ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ คือ Largactil Perphenazine และ Melleril เป็นต้น

1.1.2 Butyrophenone เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิตและอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์สูง ไม่ทำให้ง่วงนอน แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (Extrapyramidal Effects) แต่ปัจจุบันยังนิยมใช้กันมาก เนื่องจากออกฤทธิ์เร็ว ราคาถูก สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันจะได้ผลดี ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญ ได้แก่ Hadol

1.1.3 Thioxanthenes เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ Phenothiaziine ต่างกันตรงที่บางตัวจะออกฤทธิ์ต่อระบบใดระบบหนึ่งได้ดีกว่ากัน มักใช้ร่วมกันเพื่อให้การออกฤทธิ์ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Navane และ Fluanxol

1.2 ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic drugs)

ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันมีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่ Clozapine Risperidone Olanzapine และ Quetiapine ซึ่งจากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ยามีการออกฤทธิ์โดยปิดกั้น Dopamine receptor และ Serotonin - 5 – Hydroxy Trytamine (5- HT_{2A}) ทำให้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่นี้รักษาอาการด้านลบได้ดีกว่ากลุ่มดั้งเดิมในขณะที่อาการด้านบวกรักษาได้ดีพอๆกัน อีกทั้งการเกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาพบน้อยกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม และสามารถใช้ได้วันละ 1 ครั้ง เนื่องจากครึ่งชีวิตของยามีระยะเวลาที่ยาวนาน แต่ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่มีราคาสูงกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลันหรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ในกรณีผู้ป่วยดื้อต่อยาต้านโรคจิต หรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้มากจนรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าดังนี้คือ ผู้ป่วยชนิดคาทาโทเนีย แบบงุนงงสับสน (Stupor) หรือ แบบตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

3. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดรักษาในระยะอาการทางจิตสงบ ซึ่งในปัจจุบันมักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เนื่องจากเป็นแนวทางการบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Singer & Addington et al., 2009) โดยการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่สำคัญมีดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

3.1 จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม (Individual & Group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสมดุลทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาแบบจิตบำบัดประคับประคอง เนื่องจากมีการสนับสนุนประคับประคองจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น โดยผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะการปรับตัว เป็นต้น

3.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ การเสริมแรง การให้รางวัล การลงโทษ มาใช้จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสร้างเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดเพื่อมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืน โดยเน้นในเรื่องของสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3.4 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นชนิดหนึ่ง ที่มีโครงสร้างชัดเจน มีเป้าหมายในการแก้ไข

ปรับเปลี่ยนความคิดไม่เหมาะสม และความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุผลและเหมาะสม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยได้ รวมทั้งมีการเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

3.6 การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Counseling) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยอาศัยเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับสุขภาพของตนและปรับตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม

3.7 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) จากการดำเนินของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพ ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด การเรียนรู้ทางปัญญา และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งทักษะเหล่านี้ควรได้รับการฟื้นฟูในระยะอาการสงบและใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา

4. การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu Therapy)

การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์ และวิธีการเฉพาะ เพื่อช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และพัฒนาเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง

โดยสรุปในการบำบัดครั้งนี้ใช้แนวคิดการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เนื่องจากเป็นแนวทางการบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เป็นแนวทางการบำบัดที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลต่อ การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม อีกทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมยังได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิตเภท และผู้ป่วยสารเสพติด เป็นต้น

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.8.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

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

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการ พยาบาลจะยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ประกอบด้วย การใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และการบำบัดด้านอื่นๆ โดยในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

1.8.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ดังนี้คือ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตที่ดีมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงในจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มี

คุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเลือกคู่ครอง การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย และการเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลคือ การให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การคิดทางบวก การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิตประสาทได้ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก แนวทางปฏิบัติการพยาบาลคือ การจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง เช่น การเสริมสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา และการดูแลด้านร่างกาย เป็นต้น

4) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้น มาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อขจัดความไม่สามารถต่างๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความเป็นอยู่ในสังคม

สรุป แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชโดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ดังกล่าวเน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้นแล้ว และในกลุ่มบุคคลทั่วไปเพื่อให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วย

หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาด ด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาและบกพร่องด้านการดูแลตนเอง บางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านสุขอนามัย

2) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทคือมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ หรืออารมณ์หงุดหงิดแปรปรวนง่าย พยาบาลต้องมีความเข้าใจในอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

3) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคม และการแยกตัวอยู่คนเดียว และการไม่สนใจกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานการสังคมที่ยังเหลืออยู่ด้วยหลักการเรียนรู้ เช่น การให้รางวัล และการให้คำชมเชย เป็นต้น

1.8.3 **กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท** (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1) การรวบรวมข้อมูล ในการรวบรวมข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยนั้น สำหรับพยาบาลมีเป้าหมายในการนำข้อมูลเหล่านั้นมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกำหนดการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการแต่ละราย ส่วนข้อมูลที่ควรรวบรวมนั้น มีมากมาย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย อาการทางจิต ประวัติส่วนบุคคล และข้อมูลสภาพทั่วไปของผู้ป่วยในปัจจุบัน ได้แก่ ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านโภชนาการ ด้านการขับถ่าย ด้านกิจกรรมประจำวัน ด้านการพักผ่อน นอนหลับ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านการนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และด้านบทบาทและสัมพันธภาพ

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้ และนำข้อมูลนั้นมาพิจารณาตรวจสอบปัญหา ระบุระดับปัญหา

3) การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลควรกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น เป้าหมายระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีอาการในระยะวิกฤต เป้าหมายระยะกลางสำหรับผู้ที่มีอาการไม่รุนแรงมาก และเป้าหมายระยะยาว สำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับไปอยู่บ้านได้แล้ว ซึ่งทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย

4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับปัญหามากขึ้น

1.8.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดและมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นเป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้นอกจากให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องการกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) และการปกป้องสุขภาพ (Health Protection)

1.8.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

1) ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีปัญหาซับซ้อน และมีภาวะพึ่งพิงสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนนั้นมีทั้งผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือ ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพ และดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

2) ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือป่วย 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่มักพบมีอาการทางจิตหลงเหลือและไม่กลับคืนสภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์, 2544) โดยอาการทางจิตที่พบหลงเหลือเป็นได้ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ สำหรับอาการด้านบวกที่พบหลงเหลือได้แก่ อาการประสาทหลอน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว โดยอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยมีความกดดันด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริง หรือสูญเสียการรับรู้ที่เป็นจริง ซึ่งจะพบเด่นชัดและรุนแรงในระยะอาการกำเริบ (Beebe, 2001) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายสู่ชุมชนบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถทำงานได้ระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่นานก็จะมีการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) โดยการกลับเป็นซ้ำของโรคเป็นการเริ่มต้นของความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรม บางครั้ง มีความรุนแรง เป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และมีความเสี่ยงสูงที่จะทำร้ายตนเอง การปรับตัวของอาการที่พัฒนามาจากความเป็นจริงในชีวิตและจากการดำเนินของโรค ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน (Beebe, 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว เป็นอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) อีกทั้งยังเป็นข้อจำกัดอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการทำงาน และการฟื้นฟูสภาพตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Barbato, 1998)

จากการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับอาการประสาทหลอนทางหูเกือบตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Slade & Bentall, 1988 cited in Penn et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้ารับการรักษาพบว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการหูแว่วในลักษณะคงอยู่ตลอดไป (Persistent auditory hallucination) (Miller, 1996 cited in Trystad et al., 2002) โดยอาการหูแว่วที่มีลักษณะคงอยู่ตลอดไปนั้น เป็นประสบการณ์ความทุกข์ทรมานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากรายงานว่าตนได้รับความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องจากอาการหูแว่ว (Husting & Hafner, 1990) จากข้อมูลดังกล่าว เห็นได้ชัดว่า อาการหูแว่วในโรคจิตเภทเป็นอาการทางจิตที่เรื้อรัง หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับอาการผิดปกตินี้ได้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ซึมเศร้า และสูญเสีย

การควบคุมตนเอง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการหูแว่วคือ การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านโรคจิต โดยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของสารโดปามีนในสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านความเครียด ความวิตกกังวล สภาวะกดดันจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้อารมณ์ต่อกันสูง (Romme, 1996) นอกจากนี้อาการหูแว่วยังมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการถูกทำร้ายทารุณกรรม การพลัดพราก การได้รับความกระทบกระเทือนในจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Adolfo, 2003; Holowka et al., 2003; Lysaker et al., 2002)

3) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนมีบทบาทในการดูแลบุคคลให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณในลักษณะความเป็นองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน ตลอดจนการพยาบาลเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

บทบาทของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนตามหลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2546) คือ

1. การเสริมสร้างสุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจปัญหาในด้านสุขภาพจิต

1.2 การป้องกันโดยวิธีการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม

2. พิจารณาปัจจัยถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ความเครียด และปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูล แนะแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพ และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคทางจิตเวช ใช้แนวคิดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม

3. มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชน

4. ตามแนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชน ต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมายสังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

ด้านการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อบรรลุสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม (กุณฑ์ชลี เพียรทอง, 2547) มีรูปแบบการให้การพยาบาล ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความผาสุก

2. การเยี่ยมบ้านและครอบครัว เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุก เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กิจกรรมการพยาบาลต้องอาศัยความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการให้บริการแบบผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม สรุปได้ดังนี้

1. การประเมินปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้เป็นข้อมูลที่จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการดำเนินการให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

2. ประเมินความเข้มแข็ง ศักยภาพในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยมีอยู่ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. ส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงโรคจิตเภท

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองด้วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

5. เป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและยังหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

6. ฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ และหาแหล่งสนับสนุนในสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยทั้งนี้เป้าหมายการพยาบาลสูงสุดคือ การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อาการหูแว่ว

การรับรู้ (Perception) คือ ขบวนการที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการเลือกสิ่งเร้า (selection) การประมวลสิ่งเร้า (organization) และการแปลผลตีความสิ่งเร้า (interpretation) นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่มีความคาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ (สันติชัย ฉ่ำชื่นจิตร, 2547) ดังนั้นการรับรู้อาการหูแว่วจึงเป็นการประมวลและแปลความหมายสิ่งเร้า ซึ่งสิ่งเร้าในที่นี้คือ เสียงแว่ว โดยการได้ยินเสียงแว่วจัดเป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน (Auditory perception) โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งจัดเป็นอาการประสาทหลอนชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Romme, 1996) อีกทั้งจัดเป็นอาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบร้อยละ 75 (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2.1 ความหมายและลักษณะอาการ

อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน คำว่า “Hallucinate” และภาษากรีก คำว่า “Allucinatus” หมายถึง ความฟั่นเฟือนของจิตใจ (To wander in mind) (Esquirol, 1965 cited in Asaad & Shapiro, 1986)

อาการประสาทหลอน หมายถึง ความผิดปกติของการรับรู้ กล่าวคือ การมีการรับรู้ทั้งๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส สำหรับอาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว หรือ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน รองลงมาคือ ภาพหลอน หรืออาการประสาทหลอนทางการมองเห็น มักมีอาการหูแว่วร่วมด้วย ส่วนอาการประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เช่น การได้กลิ่นแปลกๆ ลิ้มรสแปลกๆ หรือ การรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามผิวหนัง อาจพบได้แต่ไม่บ่อย โดยเนื้อหาของอาการประสาทหลอนมักเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความขัดแย้งในจิตใจ และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะไม่สามารถแยกสิ่งที่เกิดขึ้นจากอาการประสาทหลอนกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ตามปกติได้ เนื่องจากทั้งสองสิ่งจะปรากฏต่อเขาในลักษณะเดียวกัน เช่น เสียงที่เกิดจากอาการหูแว่วจะไม่แตกต่างจากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินจริงๆในชีวิตประจำวัน เพียงแต่ว่าในขณะที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่ว จะรู้สึกว่าทำไม่ไม่เห็นตัวผู้พูด ซึ่งอาจชักนำให้เกิดความคิดหลงผิดตามมาได้ ดังนั้น อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทจึงสัมพันธ์กับอาการหลงผิด และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงซับซ้อน (Keltner, 1999; Adolfo et al., 2003; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; สันติชัย ฉ่ำชื่นจิตร, 2547)

2.2 ชนิดของการเกิดอาการ

อาการประสาทหลอนที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทสามารถแบ่งได้ 5 ประเภท ดังนี้ (สันติชัย ฉ่ำชื่นจิตร, 2547)

2.2.1 ประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucinations) เป็นการได้ยินเสียงแว่ว หรือที่เรียกว่า “หูแว่ว” จัดเป็นอาการสำคัญและเป็นกลุ่มอาการนำที่พบมากถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจิตเภท โดยลักษณะเสียงแว่วที่พบบ่อย คือ เสียงแว่วพูดโต้แย้งกัน หรือนินทาตัวผู้ป่วย (Voices Arguing or Discussion) โดยอาจเป็นเสียงๆเดียวคอยพูดว่า หรือ วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (Voices Commenting) หรืออาจเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (Voices Command) ซึ่งเป็นเสียงแว่วที่อันตราย ทั้งนี้แหล่งที่มาของเสียงแว่วสามารถพบได้ทั้งภายในหัวหรือจากภายนอก

2.2.2 ประสาทหลอนทางตา (Visual Hallucinations) การประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือที่เรียกว่า ภาพหลอน จัดเป็นอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยรองลงมาจากอาการหูแว่ว โดยการเห็นภาพหลอน คือ การรับรู้สัมผัสภาพ ซึ่งจริงๆแล้วไม่มีภาพนั้นเกิดขึ้นจริง อาจเป็นได้ตั้งแต่รูปแบบที่ไม่ซับซ้อน เช่น แสงวาบ ไปจนกระทั่งเห็นเป็นรูปแบบที่ซับซ้อน คือ เห็นเป็นเรื่องราว ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเห็นภาพหลอนในเวลากลางวันมากกว่ากลางคืน และการเห็นภาพหลอนมักจะเกิดร่วมกับอาการหูแว่ว

2.2.3 ประสาทหลอนทางการรับกลิ่น (Olfactory Hallucinations) อาจเป็นกลิ่นที่พึงปรารถนาหรือไม่พึงปรารถนาก็ได้ แต่มักจะเกิดขึ้นอย่างมีความหมายพิเศษจำเพาะบุคคล โดยอาการประสาทหลอนทางการรับรู้กลิ่น มักพบในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) หรือลมชัก (Seizure) เป็นต้น

2.2.4 ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile Hallucinations) การรับรู้สัมผัสโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามผิวหนัง พบในผู้ป่วยที่ขาดสุรา

2.2.5 ประสาทหลอนทางการลิ้มรส (Gustatory Hallucinations) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าลิ้นตนเองมีการรับรู้รสแปลกๆเกิดขึ้น เช่น รู้สึกว่าอาหารที่กินอยู่ไม่มีรสชาติหรือมีรสชาติแปลกๆ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้า (Depression) และโรคจิตเภท (Schizophrenia)

2.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ

จากทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการประสาทหลอน พบว่าอาการประสาทหลอนอาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Asaad & Shapiro, 1986)

2.3.1 อาการประสาทหลอนที่สัมพันธ์กับโรคสุราเรื้อรัง (Hallucination associate with alcoholism) ภาวะหยุดดื่มสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด

อาการประสาทหลอน โดยอาการจะเริ่มเกิดหลังจากหยุดดื่มสุราได้ 1-2 วัน แต่ก็พบได้ว่าอาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นในวันแรกของการหยุดดื่ม หรือหยุดดื่มประมาณ 1 สัปดาห์ ลักษณะอาการประสาทหลอนที่พบ ได้แก่ อาการภาพหลอน (Visual hallucination) อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) และอาการสัมผัสหลอน (Tactile hallucination) โดยอาการหูแว่วจะมีลักษณะอาการคล้ายกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทแต่พบว่ามีอุบัติการณ์น้อยกว่า

2.3.2 อาการประสาทหลอนที่เกิดจากสารเสพติด (Substances induce hallucination) อาการประสาทหลอนที่เกิดจากสารเสพติดมีลักษณะเด่น คือ มักพบเป็นอาการภาพหลอน ที่มีรูปแบบไม่แน่นอน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเห็นเป็นรูปในจินตนาการ แต่ก็พบบ้างที่เป็นเสียงแว่ว แต่ไม่ใช่เสียงคนพูด (Voices) เช่น เสียงดนตรี เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบอาการสัมผัสหลอนในผู้ที่เสพสาร LSD โคเคน และแอมเฟตามีนในระยะเป็นพิษ

2.3.3 อาการประสาทหลอนในโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาท (Hallucination in neurogenical disorder) พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนออกซิพิทอล และเทมโพรอล เช่นในผู้ป่วยโรคลมชัก (Convulsive disorder) และไมเกรน (Migraine) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะสมองได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ ภาวะสมองถูกกดจากเนื้องอก (Tumor) หรือมีการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) อาจทำให้เกิดอาการประสาทหลอนได้

2.3.4 อาการประสาทหลอนที่มีสาเหตุมาจากระบบในร่างกายผิดปกติ (Hallucination in other organic disorder) พบได้ในภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอื่นๆ เช่น ภาวะเพ้อคลั่ง (Delirium) ที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ภาวการณ์เผาผลาญในร่างกายผิดปกติ (Metabolism disorder) เช่น มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (Endocrine abnormalities) ภาวะขาดสมดุลของสารอิเลคโทรลัยต์ในร่างกาย (Electrolyte imbalance) การได้รับสารพิษต่างๆ เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ สารปรอท หรือสารโบรไมด์ รวมถึงภาวะขาดสารอาหารหรือวิตามินที่จำเป็นบางชนิด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการประสาทหลอนในรูปแบบต่างๆ

2.3.5 อาการประสาทหลอนที่พบในผู้ป่วยโรคจิต (Hallucination in psychiatric disorder) อาการประสาทหลอนเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคซึมเศร้า (Depression) หรือบุคคลที่อยู่ในระยะแยกตัว (Dissociative disorder) โดยอาการประสาทหลอนที่พบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตอื่นๆที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Functional psychotic) ได้แก่ อาการประสาทหลอนทางหู ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะซับซ้อน เช่น การที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วที่อาจเป็น

เสียงจากความคิดของผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงที่มาจากข้างนอก โดยที่เนื้อหาสาระที่ได้ยินมักสอดคล้องกับสภาพสังคม และความเป็นจริงของชีวิต

2.4 กระบวนการของเกิดอาการ

กระบวนการเกิดประสาทหลอนมีการดำเนินไปอย่างช้าๆ และสามารถแบ่งออกเป็น 7 ระยะ ดังนี้ (Fied & Ruelka, 1973 อ้างถึงใน นงคราญ ผาสุก, 2539)

ระยะที่ 1 ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ฉะนั้นจึงพยายามคิดหาบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะติดต่อกับบุคคลดังกล่าวโดยการคิดถึงหรือเรียกชื่อดังๆ หรือผู้ป่วยจะพูดราวกับว่ากำลังสนทนากันอยู่ กระบวนการเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจและคลายความวิตกกังวล

ระยะที่ 2 ความกังวลหรือปัญหาจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีก ผู้ป่วยก็จะแก้ปัญหาโดยเอาวิธีการหรือประสบการณ์ที่เคยใช้ในระยะที่ 1 มาใช้ และผู้ป่วยจะรู้สึกว่าใช้ได้ผลดีกว่าระยะแรก ทำให้ในระยะนี้มีการพูดคุยโต้ตอบมากขึ้น และพบมีเสียงเตือนเกี่ยวกับความกลัวของผู้ป่วย ยืนยันความคิดของผู้ป่วย หรือชวนให้ผู้ป่วยทำตรงข้ามกับความต้องการของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะเริ่มสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเรียกและพูดคุยกับบุคคลที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นมา เพราะจากประสบการณ์ที่สร้างขึ้นช่วยผู้ป่วยได้มาก และผู้ป่วยต้องการให้สัมพันธภาพนี้คงอยู่ต่อไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะจัดเวลาสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ช่วยของตนมากขึ้น พร้อมกับมีเวลาสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจริงๆ ลดลง จากนั้นผู้ป่วยจะเกิดอาการประสาทหลอนมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งความสามารถด้านอื่นๆลดลงด้วย เช่น ความตั้งใจหรือสมาธิลดลง เมื่อผู้ป่วยมีการสูญเสียการควบคุมตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มสงสัยการเกิดอาการประสาทหลอนของตนเอง

ระยะที่ 4 สมาธิของผู้ป่วยลดน้อยลงไปอีก เมื่อผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง คนอื่นจะสังเกตเห็นอาการประสาทหลอนของผู้ป่วยและตำหนิติเตียน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย คับข้องใจ และวิตกกังวลมากขึ้น และหลีกเลี่ยงที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลจริงๆ มากขึ้น

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยเริ่มแยกตนเองและสร้างโลกของตนเองขึ้นมา เขาจะพยายามปกปิดพฤติกรรมของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความอับอายและวุ่นวายใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวว่าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินแทนที่จะช่วยผู้ป่วยเหมือนเดิมกลับตำหนิติเตียนและคุกคามผู้ป่วย ความกังวลใจของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับฟังเสียงนั้นอีกต่อไป และคิดว่าเป็นเสียงที่ติเตียนผู้อื่นไม่ใช่ตัวผู้ป่วย แต่เสียงนั้นจะแสดงความเห็นเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย หรือย้ำความคิดเห็นของผู้อื่นที่มีต่อ

ตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจะพยายามคิดว่าเสียงนั้นถูกต้องหรือไม่ และพยายามนึกถึงพฤติกรรมของตนเองในอดีตที่ทำให้ผู้อื่นติเตียน จนในที่สุดผู้ป่วยจะตัดสินใจเองว่าคำติเตียนต่างๆนั้น ไม่ยุติธรรมใส่ร้ายผู้ป่วย และคิดว่าพฤติกรรมต่างๆ ที่เขาแสดงออกมานั้นถูกต้อง

ระยะที่ 6 ผู้ป่วยจะขาดสมาธิมากยิ่งขึ้น การแยกตัวเพิ่มมากขึ้น และจะแสดงความวิตกกังวลมากขึ้น เสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน ผู้ป่วยอาจสร้างขึ้นมาใหม่ เมื่อเสียงเดิมที่ได้ยินไม่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะก้าวร้าว พูดหรือทำร้ายผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมอื่นๆ ที่เป็นอันตราย ดังนั้นในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ และในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยจะสร้างเสียงที่เป็นจริงขึ้นมา และคิดว่าเสียงเหล่านั้นมีอิทธิพลเหนือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองถูกควบคุมโดยเสียงเหล่านี้อย่างแน่นหนา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการได้

ระยะที่ 7 เป็นระยะต่อรอง เสียงต่างๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้ยินยังคงใส่ร้ายคุกคาม ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว ผู้ป่วยจะพยายามทำความตกลงกับเสียงต่างๆ ว่าจะไม่เล่าหรือบอกใครเกี่ยวกับการปรากฏตัวหรือการมาของเสียงนั้น ถ้าหากว่าเสียงเหล่านั้นจะพูดคุยกับผู้ป่วยดีๆ และช่วยกำจัดความวิตกกังวลเหมือนกับที่เคยทำมาแล้ว ต่อมาผู้ป่วยก็จะรู้สึกว่าเสียงที่ตำหนิเงียบหายไป แต่จะมีเสียงมาทำความตกลงกับผู้ป่วย ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็พยายามที่จะทำความตกลงกับการปรากฏตัวหรือการมาของเสียงนั้นเช่นเดียวกัน ถ้าผู้ป่วยพบว่าเสียงนั้นโกหก ผู้ป่วยก็จะเหยียดหยาม และหมดความนับถือเสียงนั้นทันที จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจบุคคลอื่นและแยกตัวมากขึ้น

สถานการณ์ที่เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจนำไปสู่การเกิดอาการประสาทหลอน (Romme & Echer, 1996 cited in Adolfo, 2003) ได้แก่

1. เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ เช่น หย่าร้าง ตกงาน เป็นต้น
2. ได้รับความกระทบกระเทือนทางใจ เช่น คนที่เป็นที่รักเสียชีวิต
3. การพลัดพรากจากคนที่เป็นที่รัก
4. มีภาวะคุกคามจากโรคหรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
5. การทารุณกรรมในวัยเด็ก
6. มีความรู้สึกที่ไม่เป็นที่ปรารถนาหรือมีความคิดอารมณ์ในด้านลบ

การประเมินอาการประสาทหลอนที่สมบูรณ์ต้องประเมินสิ่งต่าง ๆต่อไปนี้ (Wilson, 1996)

1. อาการประสาทหลอนมีเฉพาะอาการหูแว่วหรือมีอาการประสาทหลอนอย่างอื่นร่วมด้วย
2. ระยะเวลาของการเกิดอาการประสาทหลอน เริ่มมีอาการตั้งแต่เมื่อไร ลักษณะของอาการมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่
3. อาการประสาทหลอนมักเกิดในช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดบ่อยที่สุด
4. ลักษณะอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นมีลักษณะอย่างไร
5. ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วว่าเป็นเรื่องจริงมากน้อยเพียงใด
6. อาการประสาทหลอนนั้นมีลักษณะเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำบางสิ่งบางอย่าง
7. เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินนั้นเป็นเสียงที่ขัดแย้งกันหรือไม่
8. ผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรกับอาการประสาทหลอน
9. ผู้ป่วยมีวิธีการใดในการจัดการกับอาการประสาทหลอนและใช้ได้ผลดีมากน้อยเพียงใด

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

2.5.1 ความหมายของอาการหูแว่ว

Slade & Bentall (1988) กล่าวว่า อาการหูแว่ว เป็นการรับรู้สัมผัสทางการได้ยินที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จัดเป็นอาการประสาทหลอนที่สำคัญและพบมาก

Buccheri, และคณะ (1996) กล่าวว่า อาการหูแว่วนั้นเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในฝูงชนที่แออัด วุ่นวาย หรืออยู่ในสถานที่ที่เงียบเกินไป หรืออาจเกิดจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การได้รับอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด

Adolfo, และคณะ (2003) กล่าวว่า อาการหูแว่วหรืออาการประสาทหลอนทางหู เป็นความผิดปกติด้านการรับรู้ของประสาทสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินเสียง เป็นอาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อย และถือเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท แต่ไม่รวมถึงกรณีที่มีความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัสนั้น

Garrett & Silva (2003) กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นการได้ยินเสียงของบุคคลซึ่งไม่มีตัวตนขณะนั้น โดยแหล่งที่มาของเสียงอาจมีความแตกต่างกัน เสียงอาจดังมาจากภายในศีรษะ หรือภายนอกศีรษะ โดยในวันหนึ่งอาจได้ยินมากกว่าหนึ่งครั้งหรืออาจเกิดขึ้นตลอดทั้งวัน

ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้เลย นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะของเสียงแว่วที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่นอน

Kaplan & Sadock (2003) กล่าวว่า อาการหูแว่ว หมายถึงการได้ยินเสียงที่ผิดปกติไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก หรือการรับรู้ความรู้สึกทางการได้ยินที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง

Lee, และคณะ (2004) กล่าวว่า อาการหูแว่วเป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน (Auditory perception) กล่าวคือ เป็นการได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่มีต้นกำเนิดเสียงอยู่จริง โดยทั่วไปผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงเป็นเสียงคนพูด เสียงพระเจ้า หรือเสียงปีศาจ หรือเป็นเสียงสั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยและก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า อาการหูแว่วหรืออาการประสาทหลอนทางหูจัดเป็นอาการประสาทหลอนที่สำคัญและพบมาก เป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยิน (Auditory perception) ซึ่งถือเป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท กล่าวคือเป็นการได้ยินเสียงที่ผิดปกติไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก หรือเป็นการรับรู้ทางการได้ยินที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง ซึ่งมีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน หากมีอาการหูแว่วมากผู้ป่วยจะไม่สามารถทำอะไรได้เลย

2.5.2 ลักษณะสำคัญของอาการหูแว่ว

อาการหูแว่วสามารถพบได้ทั้งในโรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง (Organic psychosis) และโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Functional psychosis) แต่มีลักษณะแตกต่างกันคือ ในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง เสียงแว่วที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ไม่เป็นเรื่องราว เรียกว่า Elementary hallucination เสียงเหล่านี้ได้แก่ เสียงผิวปาก เสียงวี๊ๆ เสียงเครื่องจักรกล หรือแม้แต่เสียงดนตรี ส่วนโรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ เสียงแว่วที่ได้ยินจะเป็นเสียงพูดที่เป็นเรื่องราว อาจเป็นคำหรือเป็นประโยคก็ได้ อาจเป็น เสียงคนเดียวหรือหลายคน อาจจะเป็นหญิงหรือชาย หรือทั้งสองเพศ อาจเป็นเสียงของคนที่ผู้ป่วยรู้จักหรือไม่รู้จัก คำพูดนั้นอาจเป็นได้ทั้งคำชม คำสั่ง คำตำหนิติเตียน หรือ คำหยาบ ในทางทฤษฎีเสียงแว่วที่ได้ยินจะเป็นปฏิสัมพันธ์สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม สิ่งแวดล้อม เนื้อหาสาระของเสียงแว่วที่ได้ยินโดยทั่วไปสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม ความเป็นจริงของชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหูแว่วรายงานว่า สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในทำให้เกิดเสียงแว่วได้โดยไม่จำเป็นต้องมีสิ่งกระตุ้นภายนอก (Deles Paul, 2002; England, 2005)

อาการประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว เป็นการได้ยินเสียงมาพูดด้วยโดยที่ไม่มีผู้พูดจริงๆ อาจดังในหูหรือก้องอยู่ในหัวก็ได้ นอกจากนี้อาการหูแว่วอาจเป็นเสียงความคิดของผู้ป่วยเอง คือ ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงของตัวเองในขณะที่คิดในใจ (Audible thought) หรือเป็นเสียงมาวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย (Voice commenting) ในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สอง หรือเป็นเสียงมาโต้เถียงกับผู้ป่วย (Voice arguing) หรือเป็นเสียงที่ถกเถียงกัน เรื่องของผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลที่สาม (Voice discussing) ซึ่งอาการดังกล่าวถือเป็นกลุ่มอาการหลัก และเป็นลักษณะสำคัญของโรคจิตเภทที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุคนิชย์, 2542; สันติชัย ฉ่ำชื่นจิตร, 2547)

โดยทั่วไปเสียงแว่วที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เสียงแว่วทางลบ (Negative voice hearing) (Davies et al., 2001; England, 2005) มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วและรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแต่อาการหูแว่วยังคงอยู่ (Persistent auditory hallucination) โดยลักษณะเสียงแว่วทางลบ เป็นเสียงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเอง (Close & Garety, 1998) บุคคลที่ได้ยินเสียงแว่วทางลบส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวเข้าเสียงได้ มีความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่ผิดๆ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้าจะพยายามหาวิธีบรรเทาอาการหูแว่วด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือสารเสพติดชนิดอื่นๆ และพบมีจำนวนมากที่ทำร้ายตนเอง (England, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว อธิบายว่าเสียงแว่วที่ประสงค์ร้ายมีพลังและควบคุมชีวิตเขาโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (Gilbert et al., 2001)

อีกทั้งอาการหูแว่วยังมีความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์การถูกทำร้ายทารุณกรรมในชีวิตด้วย โดยเฉพาะการได้ยินเสียงแว่วที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับประวัติการตกเป็นเหยื่อของการถูกทำร้าย ทารุณกรรม การพลัดพราก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Holowka et al., 2003; Lysaker et al., 2002) หากในวัยเด็กผู้ที่มีอาการหูแว่วถูกทำร้ายทารุณกรรมทางด้านร่างกาย การแสดงออกทางอารมณ์จะเป็นไปในแง่ลบ การนอนหลับไม่เป็นระบบไม่สามารถควบคุมการนอนได้ รู้สึกไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติถูกทำร้ายร่างกายและมีอาการหูแว่ว พบว่า มีความคิดหวาดระแวง ได้ยินเสียงแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเองบ่อยๆ (Read & Argyle, 1999) และเด็กวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมด้านร่างกายมีความเป็นไปได้ว่าเสียงแว่วที่ได้ยินจะเป็นเสียงสั่งในทางลบ (Lysaker et al., 2002) จะเห็นได้ว่าการตกเป็นเหยื่อของการทารุณกรรม ทำร้ายร่างกายและมีอาการหูแว่ว

เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดเรื้อรัง การพักผ่อนนอนหลับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

นอกจากนี้แล้วเหตุผลและอารมณ์ในแง่ลบของผู้ที่ได้ยินเสียงแว่ว ยังเป็นสื่อกลางความสัมพันธ์ระหว่างเสียงแว่วที่ได้ยินกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมักเป็นผู้ที่มีความอ่อนแอทางจิตใจ มีความวิตกกังวล มีความเชื่อถือในเรื่องของไสยศาสตร์ การลงโทษ และความรับผิดชอบ จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมักจัดการกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากเสียงแว่วที่ไม่เป็นมิตร ด้วยวิธีการต่อสู้หรือหลีกหนี (Fight or Flight) ซึ่งกลวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์ที่ถาวร มองโลกในแง่ร้าย เกิดความทุกข์ทรมานที่เรื้อรังและการปรับตัวที่ล้มเหลว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่เป็นมิตร ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Morrison & Wells, 2003; Lysaker et al., 2002; England, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ประเด็นการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆต่อไปนี้ ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อที่ผิดๆ หรือมีการรับรู้อาการหูแว่วที่ไม่ถูกต้องบิดเบือนจากความเป็นจริง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล และอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1) ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) จากการศึกษาของ Buccheri และคณะ (1997) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการหูแว่วเพียงวันละ 1-2 ครั้ง บางรายมีอาการหูแว่วครึ่งวันหรือ 12 ชั่วโมง บางรายมีอาการเกือบตลอดทั้งวัน ไปจนถึงมีอาการต่อเนื่องตลอดทั้งวัน นอกจากนี้ยังพบว่าความถี่ของการมีอาการหูแว่วมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกทุกข์ทรมาน

2) ความดังของเสียงแว่ว (Loudness) พบว่า เสียงแว่วจะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังหรือทำอยู่ เช่น ขณะพูดคุยอาจไม่ได้ยินเสียงหรือเสียงเบาลง และจะดังขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวเงียบไม่มีเสียงใดๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542)

3) ความชัดเจนของเสียงแว่ว (Clarity) จากการศึกษาพบว่า เสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน มีได้ตั้งแต่ระดับที่ชัดเจนจนถึงเสียงพึมพำ ไม่ชัดเจน ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ซึ่งพบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วดีขึ้น เสียงแว่วที่ได้ยินจะเป็นเสียงพึมพำ ไม่ชัดเจน (Trystad et al., 2002)

4) ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน (Tone) จัดเป็นลักษณะอาการหูแว่วอย่างหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินบางครั้งมีลักษณะน้ำเสียงที่ปลอบโยน สร้างความสุขสบาย บางครั้งเป็นเสียงที่รบกวน สร้างความทุกข์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วย (Trystad et al., 2002)

5) อำนาจของเสียงแว่ว (Power of voices) จากการศึกษาของ Lee และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแบบเสียงสั่ง ยอมทำตามเสียงสั่งจนเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้อำนาจของเสียงแว่วมากแต่รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับเสียงแว่วน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gilbert และคณะ (2001) ที่รายงานว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว อธิบายว่าเสียงแว่วที่ประสงค์ร้ายมีพลังและควบคุมชีวิตเขาโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

6) การรบกวน ทำให้วอกแวก เสียสมาธิ (Distractibility) พบว่า อาการหูแว่วมักรบกวนสร้างความรำคาญ ทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิหรือวอกแวกได้ และหากมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการปฏิบัติหน้าที่การงาน การทำกิจกรรมต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Buccheri et al., 1996; Haddock et al., 1999)

7) การรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self control) หมายถึง การรบกวนความสามารถของบุคคลในการลดหรือหยุดเสียงแว่ว ประกอบด้วย การสำรวจตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง พบว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการหูแว่ว จนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด ซึ่งจะนำไปสู่อาการหลงผิด (Trystad et al., 2002)

8) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Distress) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การได้ยินเสียงแว่ว อธิบายว่า เสียงแว่วเป็นสิ่งรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เครียด กังวล และอารมณ์เสีย (Trystad et al., 2002)

9) ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว (Anxiety) จากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ยินเสียงแว่วทางลบ (Negative voice hearing) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงแว่วได้ รวมทั้งมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียงแว่ว และมีความวิตกกังวลในระดับสูง (England, 2005)

10) การรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว (Self management) พบว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ หรือไม่รู้วิธีการในการจัดการกับอาการที่

เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า หรืออาจมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว รุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Moller & Murphy, 2001)

สรุป จะเห็นได้ว่าการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการเกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจและความรู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งหากเกิดขึ้นมากเท่าใดย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากเท่านั้น และเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อาการหูแว่วไม่ดี มีอาการหูแว่วในระดับมากหรือรุนแรง

2.5.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหูแว่ว

ปัจจัยและสถานการณ์ที่เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจนำไปสู่อาการหูแว่ว ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1) ปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Internal arousal) เชื่อว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ สถานการณ์ หรือ ความคิด ความรู้สึกบางอย่าง เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการประสาทหลอนได้ โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วส่วนมากมีความวิตกกังวลขั้นสูง หรือมีความไวต่อสภาวะกดดันจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Romme, 1996) อีกทั้งยังพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการนำก่อนที่จะเกิดอาการหูแว่ว ดังนี้คือ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52 มีความรู้สึกกลัวร้อยละ 16 และมีอารมณ์โกรธร้อยละ 62 ดังนั้นหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว คือ การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ร่วมกับการค้นหาแนวความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว ที่ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Nayani & David, 1996)

2) ปัจจัยกระตุ้นภายนอก (External arousal) เชื่อว่า อาการหูแว่วมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น การถูกทำร้ายทารุณกรรมในชีวิต การพลัดพราก การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Adolfo, 2003; Holowka et al., 2003; Lysaker et al., 2002) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง

3) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) จากการศึกษา พบว่า อาการหูแว่วมีความสัมพันธ์กับการหลั่งของสารโดปามีนมากเกินปกติ ร่วมกับความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองส่วนฟรอนทอล และเทมเพอรอล ด้วยเหตุนี้ปัจจัยทางชีวเคมีและการทำหน้าที่ของสมองนับได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และทำให้มีอาการประสาทหลอน (Kasai et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shergill และคณะ, (2000) ที่ได้ทำการศึกษา

การทำหน้าที่ของสมองผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยใช้เครื่องฉายภาพการทำงานของสมองที่เรียกว่า functional Magnatic Resonance Imaging (fMRI) พบว่า สมองส่วนฟรอนทอล เทมเพอรอล ลิมบิค พาราลิมบิค และธารามัส มีการทำงานมากกว่าปกติ คือ มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่ว

4) ปัจจัยด้านระบบประสาทและการรู้คิด (Neurocognitive model) จากการศึกษาของ Badcock (2008); Seal, Aleman and McGuire (2004) และ Kurtz (2003) เกี่ยวกับการเกิดอาการหูแว่วในรูปแบบของระบบประสาทและการรู้คิด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มีการแสดงออกของความบกพร่องด้านระบบประสาทและการรู้คิด โดยวัดได้จากความตั้งใจ การเรียนรู้ ความจำ การเผชิญปัญหา และภาษา เป็นต้น โดยการก่อเกิดความนึกคิดของบุคคล (Self generated thought) ภายใต้ผลลัพธ์ของการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับเสียง และความล้มเหลวในการส่งผ่านข้อมูลสู่การเปรียบเทียบ พบว่าถ้าผลลัพธ์ของการรับรู้สัมผัสมีความบิดเบือน (distorted) จะทำให้เกิดการแปลความที่ผิดพลาดระหว่างประสบการณ์การรับรู้ ที่ถูกทำนายกับประสบการณ์การรับรู้ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของอาการประสาทหลอน อันจะนำไปสู่การประเมินและการตอบสนองที่บิดเบือน รวมทั้งความคิดหลงผิด (Delusion)

นอกจากนี้ยังพบว่าอาการหูแว่ว อาจเป็นรูปแบบของเสียงพูดข้างใน (inner speech) หรือเป็นการจินตนาการคำพูดผ่านโสตประสาท (auditory verbal imaginary) ซึ่งในขั้นตอนของกระบวนการรับรู้เสียง พบว่ามีความซับซ้อนทั้งในด้านการรับสัมผัสและการแปลความ โดยในด้านการแปลความพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด เนื่องจากกระบวนการรู้คิดมีอิทธิพลต่อบุคคลในการกำหนดหรือตัดสินเกี่ยวกับเนื้อหาสาระ ความหมาย กระแสอารมณ์ และลักษณะน้ำเสียงของคำพูด ซึ่งพบว่าในการประเมินเนื้อหาสาระของเสียงแว่วจากกระบวนการรู้คิดของแต่ละคน เป็นสิ่งที่จะนำบุคคลที่มีอาการประสาทหลอน ไปสู่การหลงผิด นอกจากนี้ยังพบบ่อยว่า ทำไมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจึงมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน และมีการใช้สารเสพติด อีกทั้งยังพบว่าการที่บุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมกระวนกระวาย หรือมีภาวะซึมเศร้า สาเหตุเนื่องมาจากความคิดทางลบที่ถูกกดเก็บไว้ ดังนั้นหลักในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว คือ การค้นหาและสร้างความกระจ่างเกี่ยวกับความคิดด้านลบที่ผู้ป่วยกดเก็บไว้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อให้เป็นทางบวก และสมเหตุสมผลมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ต่างๆตามที่เป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม

2.5.4 การประเมินอาการหูแว่ว

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการนำเครื่องมือต่างๆ มาใช้ในการประเมินอาการหูแว่วของผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) **แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว (Perception of auditory hallucination questionnaires)** เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินการรับรู้อาการหูแว่วที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนาจาก Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ของ Buccheri และคณะ (2004) ซึ่งข้อคำถามได้ปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่เน้นสาระสำคัญของการรับรู้อาการหูแว่ว ดังนี้

ข้อที่ 1 ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency)
ข้อที่ 2 ความดังของเสียงแว่ว (Loudness)
ข้อที่ 3 ความชัดเจนของเสียงแว่ว (Clarity)
ข้อที่ 4 ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน (Tone)
ข้อที่ 5 การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว (Power of voices)
ข้อที่ 6 การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ (Distractibility)
ข้อที่ 7 เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self control)
ข้อที่ 8 ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Distress)
ข้อที่ 9 ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว (Anxiety)
ข้อที่ 10 เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว (Self management)

โดยลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด คะแนน 2 หมายถึง น้อย คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง มาก คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด โดยผลคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ในช่วงระหว่าง 0-50 คะแนน ในการแปลผลหากคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วมาก หมายถึง มีการรับรู้อาการหูแว่วไม่ดี บิดเบือนจากความเป็นจริง มีอาการหูแว่วในระดับมากหรือรุนแรง หากคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วน้อย หมายถึง มีการรับรู้อาการหูแว่วที่ดี ถูกต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง มีอาการหูแว่วในระดับน้อยหรือไม่รุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่า ประเด็นการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆต่อไปนี้ ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อที่ผิดๆ หรือมีการรับรู้อาการหูแว่วที่ไม่ถูกต้องบิดเบือนจากความเป็นจริง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล และอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

1) ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) จากการศึกษาของ Buccheri และคณะ (1997) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการ จัดการอาการหูแว่ว พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการหูแว่วเพียงวันละ 1-2 ครั้ง บางรายมีอาการหูแว่วครึ่งวัน หรือ 12 ชั่วโมง บางรายมีอาการเกือบตลอดทั้งวัน ไปจนถึงมีอาการต่อเนื่องตลอดทั้งวัน นอกจากนี้ยังพบว่าความถี่ของการมีอาการหูแว่วมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกทุกข์ทรมาน

2) ความดังของเสียงแว่ว (Loudness) พบว่า ความดังของเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินมีตั้งแต่ในระดับเสียงกระซิบยากที่จะได้ยินไปจนถึงเสียงตะโกน (Buccheri et al., 2004) นอกจากนี้พบว่าเสียงแว่วจะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังหรือทำอยู่ เช่น ในขณะพูดคุยอาจไม่ได้ยินเสียงหรือเสียงเบาลง และจะดังขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวเงียบไม่มีเสียงใดๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542)

3) ความชัดเจนของเสียงแว่ว (Clarity) จากการศึกษาพบว่า เสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินมีได้ตั้งแต่ระดับที่ชัดเจนจนถึงเสียงพึมพำ ไม่ชัดเจน ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ซึ่งพบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วดีขึ้น เสียงแว่วที่ได้ยินจะเป็นเสียงพึมพำ ไม่ชัดเจน (Trystad et al., 2002)

4) ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน (Tone) เป็นลักษณะอาการหูแว่วอย่างหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินบางครั้งมีลักษณะน้ำเสียงที่ปลอบโยนสร้างความสุขสบาย บางครั้งเป็นเสียงที่รบกวน สร้างความทุกข์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วย (Trystad et al., 2002)

5) อำนาจของเสียงแว่ว (Power of voices) จากการศึกษาของ Lee และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแบบเสียงสั่ง ยอมทำตามเสียงสั่งจนเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้อำนาจของเสียงแว่วมากแต่รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับเสียงแว่วน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gilbert และคณะ (2001) ที่รายงานว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว อธิบายว่า

เสียงแว่วที่ประสงค์ร้ายมีพลังและควบคุมชีวิตเขาโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

6) การรบกวน ทำให้วอกแวก เสียสมาธิ (Distractibility) พบว่า อาการหูแว่วมักรบกวนสร้างความรำคาญ ทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิหรือวอกแวกได้ และหากมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการปฏิบัติหน้าที่การงาน การทำกิจกรรมต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำอะไรได้เลย (Buccheri et al., 1996; Haddock et al., 1999)

7) การรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self control) หมายถึง การรบกวนความสามารถของบุคคลในการลดหรือหยุดเสียงแว่ว ประกอบด้วย การสำรวจตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง พบว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการหูแว่ว จนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด ซึ่งจะนำไปสู่อาการหลงผิด (Trystad et al., 2002)

8) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Distress) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การได้ยินเสียงแว่ว อธิบายว่า เสียงแว่วเป็นสิ่งรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เครียด กังวล และอารมณ์เสีย (Trystad et al., 2002)

9) ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว (Anxiety) จากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ยินเสียงแว่วทางลบ (Negative voice hearing) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงแว่วได้ รวมทั้งมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียงแว่ว และมีความวิตกกังวลในระดับสูง (England, 2005) อีกทั้งการได้ยินเสียงแว่วส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะได้ว่าเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่

10) การรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว (Self management) พบว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ หรือไม่รู้วิธีการในการจัดการกับอาการที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า หรืออาจมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Moller & Murphy, 2001)

2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

เป็นการประเมินอาการรุนแรงทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้-การคิดของผู้ป่วย โดยประยุกต์แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) จากการพัฒนาของ Overall and Gorham (1962) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยกรม

สุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการทางจิตด้านบวก อาการทางจิตด้านลบ และอาการทางจิตทั่วๆไปรวม 18 อาการ ผู้วิจัยเลือกใช้ในการประเมินทั้งหมด 18 อาการ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt Felling, Tension, Mannerism and Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination behavior, Motor retardation, Unco-operativeness, Unusual thought, Blunted affect, Excitement and Disorientation ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

0 = ไม่มีอาการ
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
2 = มีอาการเล็กน้อย
3 = มีอาการปานกลาง
4 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
5 = มีอาการรุนแรง
6 = มีอาการรุนแรงมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และการสังเกตอาการของผู้ป่วยตามแบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยต้องเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับที่ไม่รุนแรง (Non severe psychotic symptom) (คะแนนรวม BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน) หากมีคะแนนเกิน 31 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีอาการทางจิตในระดับรุนแรง นอกจากนี้ยังใช้แบบประเมินอาการทางจิตในส่วนของการประเมินอาการประสาทหลอนเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามโดยในที่นี้จะคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการประสาทหลอนทางหูในช่วง 3-5 คะแนน (มีอาการปานกลางถึงรุนแรง) เนื่องจากอาการหูแว่วในระดับปานกลางขึ้นไปจะส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรม

การประเมินอาการประสาทหลอน

อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) ทราบจากการที่ผู้ป่วยบอกหรือสังเกตได้จากพฤติกรรมว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกที่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนนี้อาจเป็นการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกายอื่นๆ ก็ได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ให้ความสนใจในส่วนของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรือหูแว่ว

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน

จากคำบอกเล่าและการแสดงออกของผู้ป่วยขณะมีการพูดคุย / สัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

เกณฑ์การให้คะแนนอาการหูแว่ว

0 = ไม่มีอาการ

1 = มีอาการขั้นต่ำสุด สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2 = มีอาการเล็กน้อย มีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนหนึ่งหรือสองอย่างนาน ๆ ครั้ง หรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งคลุมเครือไม่ชัดเจน และไม่ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิดหรือพฤติกรรม

3 = มีอาการปานกลาง มีอาการประสาทหลอนบ่อยๆ แต่ไม่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา และมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย

4 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ อาจมีอาการในระบบเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ มากกว่าหนึ่งด้าน และมักทำให้มีความคิดหรือพฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยมักจะตีความประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ด้วยอาการหลงผิดและแสดงการตอบสนองทางอารมณ์หรือในบางครั้งอาจพูดโต้ตอบ

5 = มีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันเกือบตลอดเวลา ทำให้มีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจะคิดว่าอาการประสาทหลอนนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยถูกรบกวนจากการตอบสนอง ทั้งทางอารมณ์และคำพูดกับอาการที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยๆ

6 = มีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการประสาทหลอนอยู่เกือบตลอดเวลาจนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความหมายของอาการประสาทหลอนด้วยอาการหลงผิดต่างๆ และจะพูดและแสดงพฤติกรรมต่างๆ โต้ตอบกับอาการประสาทหลอน รวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งจากอาการประสาทหลอนด้วย

2.5.5 การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว

การบำบัดรักษาอาการหูแว่วมีแนวทางการรักษาหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การบำบัดรักษาด้านร่างกาย (Physical therapeutics) และการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychosocial and spirit) สำหรับการบำบัดรักษาด้านร่างกาย ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม แตกต่างกันตาม

สังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยในปัจจุบันเชื่อว่า อาการหูแว่ว เกิดจากความผิดปกติของสมองและสารชีวเคมีในสมอง ผลจากความเครียด และการได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจจากสาเหตุต่างๆ การบำบัดรักษาจึงให้ความสำคัญกับเรื่องยาควบคู่กับการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคม (Heinssn et al, 2000)

การบำบัดรักษาด้วยยา แม้จะได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการหูแว่วมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ร้อยละ 25 ถึง 30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และมีผลทำให้อาการหูแว่วที่มีลักษณะคงอยู่ (Persistent auditory hallucination) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ตัวแข็ง น้ำหนักเพิ่ม ความต้องการทางเพศลดลง นอนไม่หลับ อารมณ์ราบเรียบ หรือรู้สึกกระวนกระวาย (Shergill et al., 1998 cited in Buccheri et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน และไม่เป็นที่ต้องการ เช่น ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบประสาทส่วนกลาง ต่อมไร้ท่อ และผิวหนัง เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

ส่วนการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม พบว่า อาการหูแว่วสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง โดยการนำเทคนิคการจัดการกับพฤติกรรมภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมาสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย เช่น การควบคุมตนเอง การดูโทรทัศน์ การฟังเพลงด้วยหูฟัง หรือการพูดคุยกับบุคคลอื่น เป็นต้น ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นรูปแบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้มีอาการทางจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้ระยะเวลาไม่นานเกินไป และค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก และเป็นวิธีที่ง่ายต่อการเรียนรู้ (Buccheri et al., 1997, 2004) ส่วนการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนและมีประสิทธิภาพในทางคลินิก ช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจของเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง อีกทั้งช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว คือ การบำบัดทางด้านความคิดและพฤติกรรม (Lewis et al., 2002; Wykes et al., 2005; Penn et al., 2009) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอาการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียงแว่วให้เป็นความคิด ความเชื่อที่สมเหตุผล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการหูแว่วอย่างเหมาะสมทั้งในด้านอารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตนเอง

2.5.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว พบว่าหลักสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีดังนี้ (Towsend, 2004)

1) สังเกต รวบรวมข้อมูลต่างๆ และประเมินอาการหูแว่ว รวมทั้งสัญญาณต่างๆ เช่น การทำท่าเหมือนฟังอะไรอยู่ การหัวเราะหรือการพูดกับตัวเอง เป็นต้น

2) การยอมรับและให้ความจริงแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรตระหนักว่าความเข้าใจและการยอมรับมีความสำคัญมากต่อเทคนิคการบำบัดรักษาในขั้นต่อไป ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ควรติเตียน หรือต่อต้านความรู้สึก และการรับรู้ของผู้ป่วย แต่ควรจะยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยพร้อมกับนำผู้ป่วยไปสู่ความเป็นจริง ตัวอย่างเช่น “ดิฉันเชื่อว่าคุณได้ยินเสียงนั้นจริงๆ แต่ในขณะที่เราพูดคุยกันอยู่นี้ ดิฉันไม่ได้ยินเสียงพูดใดๆเลย”

3) กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการหูแว่วออกมา โดยพยาบาลจะต้องไม่ส่งเสริม สนับสนุน หรือคล้อยตามอาการหูแว่วผู้ป่วยเกี่ยวกับเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน เช่น การใช้สรรพนามคำว่า “พวกเขา” แทนเสียงแว่ว

4) พยายามค้นหาความสัมพันธ์ของช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และช่วงเวลาที่เกิดอาการหูแว่ว และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและการได้ยินเสียงแว่ว ว่าถ้าผู้ป่วยสามารถคลายความวิตกกังวลได้ ก็จะสามารถป้องกันอาการหูแว่วได้

5) เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในอาการของตนเองดี พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการที่ให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองเมื่อมีอาการหูแว่ว เช่น การฟังวิทยุ หรือดูทีวี เนื่องจากช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากเสียงแว่ว นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นๆอีก เช่น การพูดไล่เสียงนั้นออกไปดังๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตั้งสติและควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และในขณะที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมตนเองนั้น พยาบาลต้องให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและต้องอธิบายให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อจะได้ช่วยกันหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย

6) จัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล และเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยให้มาอยู่กับกิจกรรมและความเป็นจริงขณะนั้น จะได้ไม่หมกมุ่นกับอาการหูแว่ว เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพูดคุยถึงเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

7) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ไม่ให้มีสิ่งรบกวนหรือกระตุ้นผู้ป่วยมากนัก เช่น จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่สงบ ไม่มีเสียงดัง และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเหมาะสมเพื่อลดอาการหูแว่ว

สรุป บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว คือ การเป็นนักสังเกตและรวบรวมข้อมูลที่ดี การยอมรับอาการผิดปกติของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิหรือคล้อยตาม การนำผู้ป่วยสู่ความจริง (Present reality) การแนะนำวิธีการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการหูแว่ว และการจัดสภาพแวดล้อมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับสู่โลกของความจริง

3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

3.1 แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นแยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยความแตกต่างอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง (Wright & Beck, 1994)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิตเภท และผู้ป่วยสารเสพติด โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการ ที่เชื่อว่าการนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมตรวจสอบและดัดแปลงได้ และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงความนึกคิด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้ถูกค้นพบโดยจิตแพทย์ ชื่อ Aron Beck ในต้นทศวรรษ 1960 Beck ได้กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญา เป็นจิตบำบัดระยะสั้นชนิดหนึ่งที่มีโครงสร้างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดจุดมุ่งหมายของการคิดที่เป็นปัจจุบัน ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาปัจจุบันและดัดแปลงแก้ไขวิธีคิดและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Beck, 1960 cited in Townsend, 2003) ภายใต้กรอบแนวคิดทางปัญญา Beck เชื่อว่าอาการทางจิตต่างๆ รวมถึงอาการหูแว่ว เกิดจากความเชื่อที่ผิดๆ และแบบแผนความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์ และความคาดหวังในอนาคต ซึ่งเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เช่น มีลักษณะของการคิดและอ้างอิงตามใจชอบ มีการเลือกสรุปข้อมูลและขยายความเกินกว่าที่ควรจะเป็น (Beck et al., 1979)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการบำบัดทางปัญญามีเป้าหมายในการบำบัด 2 ระดับ คือ ระดับแรก ช่วยลดความวิตกกังวลหรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดไม่เหมาะสม และในระดับที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อนเพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม ส่วนแนวทางในการบำบัดเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ คือ ประการแรก ได้แก่ วิเคราะห์วิธีการคิดและความคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลความคิดที่บิดเบือน ซึ่งจะไปกระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์ด้านลบ (Beck et al., 1979)

นอกจากนี้หลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ยังมีเป้าหมายในการบำบัดรักษา เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือบิดเบือน ให้เป็นความคิดหรือพฤติกรรมที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้กระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิด ความเชื่อที่ถูกต้อง เหมาะสม และนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยผู้บำบัดมีหน้าที่เป็นผู้นำในการบำบัดรักษาและชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่วนผู้รับการบำบัดมีบทบาทในการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังในกรณีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์หูแว่ว พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ยินเสียงแว่ว จะมีการประเมินเสียงแว่วที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องจริง หรือ จริงบ้างไม่จริงบ้าง ตามการประเมินของผู้ป่วย จากนั้นผู้ป่วยจะตอบสนองตามสิ่งที่ประเมินได้ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ถ้าผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อว่าสิ่งที่ได้ยินเป็นเรื่องจริงก็จะทำตามสิ่งนั้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน และวิตกกังวล (Beck, 1987 cited in Townsend, 2003) ดังนั้น เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการบำบัดรักษา คือ การแก้ไขความคิดด้านลบให้เป็นความคิด ด้านบวกที่สมเหตุผล (Beck, 1987 cited in Townsend, 2003)

3.2 ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) คือ

1) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นความคิดระดับผิวเผิน (Surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจินตลักษณะ (Pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกที่ไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นเองโดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะจับความคิดของตนเองให้ได้ก่อนที่จะทำการบำบัดต่อ ความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้าเกิดจากรู้สึกสิ้นหวัง ส่วนความรู้สึกวิตกกังวลเกิดจากความรู้สึกว่ามีอันตราย มีภัยคุกคาม

2) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortions or Cognitive errors) เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ เช่น มองเรื่องเล็กเป็นเรื่องใหญ่ (Magnification) การเหมารวม ไม่แยกแยะเรื่องราว (Overgeneralization) การมองแบบสุดขั้ว มองแบบขาวหรือดำ (All or nothing think) การคิดโทษตนเอง (Personalization) การคิดนิยามไปในทางลบ (Labeling) การมองด้วยอารมณ์ (Mental filter) การคิดสรุปหรืออนุมานตามความรู้สึกลางสังหรณ์ (Emotional reasoning) การมองเรื่องร้ายว่าเป็นจริงมากกว่าเรื่องดี (Disqualifying the positive) การนึกเสียใจกับเรื่องที่ผ่านมาแล้ว (Should statement) และเหตุร้ายที่เกิดขึ้นยืนยันว่าความเชื่อเดิมถูกต้อง (Jumping to the conclusion)

3) แบบแผนความคิด (Schemata) เป็นรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และเก็บไว้แต่จะถูกนำมาใช้บ่อยครั้ง และสร้างเป็นระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้น กลายเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึก เป็นแบบแผนการตีความที่ไม่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เมื่อได้ข้อมูลใหม่จะเกิดการเชื่อมโยงกับความรู้ ประสบการณ์ที่มีอยู่ ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ในทางลบ

3.3 เป้าหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Townsend, 2003)

3.3.1 ติดตามความคิดด้านลบหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่อยู่คั่นกลางระหว่างเหตุการณ์ภายนอกและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น โดยฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ซึ่งผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผล

3.3.2 หาจุดเชื่อมระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย

3.3.3 ทดสอบความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยพิสูจน์ความเป็นจริงของความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยขจัดความคิดนั้นออกไป

3.3.4 ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเหตุผล

3.3.5 พิสูจน์ความเชื่อผิดๆ ที่นำไปสู่การตีความประสบการณ์ที่บิดเบือน โดยผู้บำบัดเป็นสื่อกลางในการกำหนดสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การเกิดการเรียนรู้หรือประสบการณ์ โดยอาจใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง การแสดงให้ดูเป็นตัวอย่าง การฝึกปฏิบัติและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งเป้าหมายของการสอนคือ ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตัวเองและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

3.4 กระบวนการบำบัดตามแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด

(Beck et al., 1979) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

3.4.1 ศิลปะการสอน (Didactic aspect) เป็นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดบิดเบือน และแบบแผนความคิด รวมทั้งการอธิบายรายละเอียดความสัมพันธ์ของความนึกคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่

3.4.2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) เป็นขั้นตอนของการค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผล และแบบแผนความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ จากนั้นช่วยผู้ป่วยในการขจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลนั้นออกไป ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน

1) การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความ และวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองอย่างอัตโนมัติ โดยการฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลลัพธ์อันเนื่องมาจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งถ้าผู้ป่วยค้นพบความคิดอัตโนมัติของตน เขาจะเข้าใจและมีการตอบสนองทางอารมณ์ดีขึ้น

2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing accuracy and viability) ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดความคิดอัตโนมัติด้านลบออกไป

3) การแทนที่ด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing realistic alternatives)

4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive schemata) ขั้นตอนนี้คล้ายกับการตรวจสอบ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ตัวอย่างเช่น การให้ผู้ป่วยอธิบายเหตุผลที่สนับสนุนข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้องนั้นๆ

3.4.3 เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral technique) มีเป้าหมายที่สำคัญของการบำบัด คือ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยในที่นี้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอาจใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดเป็นส่วนประกอบได้หลายอย่างตามความเหมาะสม เช่น การประเมินและการวัดกิจกรรมต่างๆ (Monitoring activities) การจัดตารางกิจกรรมต่างๆ (Scheduling activities) การหัดควบคุมและกำกับระดับความพึงพอใจ (Mastery and pleasure) และการจัดลำดับกิจกรรมจากง่ายไปสู่ยาก (Graded task assignment)

3.5 **กลยุทธ์ที่สำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Behavior Therapy)** (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) มี 4 ประการ คือ

3.5.1 กลยุทธ์การปรับความคิด (Cognitive strategies) เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction technique) การนับจำนวนครั้งที่เกิด (Counting thought)

3.5.2 กลยุทธ์การปรับพฤติกรรม (Behavior strategies) เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การประเมินและวัดกิจกรรมต่างๆ (Monitoring activities) การจัดตารางกิจกรรมต่างๆ (Scheduling activities) การให้ผู้ป่วยให้คะแนนความความสามารถในการควบคุมและความพึงพอใจ (Pleasure and mastery) และการจัดลำดับกิจกรรมจากง่ายไปสู่ยาก (Graded task assignment)

3.5.3 กลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral strategies) เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ เทคนิคการค้นหาความคิดอัตโนมัติ (Identifying imaginative automatic thoughts) การตั้งคำถามเพื่อค้นหาวิธีการคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วยจนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Questioning negative automatic thoughts) การทดลองใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavioral experiments) เป็นต้น

3.5.4 กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การหาข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Identifying assumptions) การท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลพื้นฐานที่ไม่เหมาะสม (Challenging assumption) การใช้ปมด้อยให้เป็นประโยชน์ (Use of setbacks) การเตรียมตัวสำหรับอนาคต (Preparing for future)

3.6 การใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับอาการหูแว่ว

อาการหูแว่วจัดเป็นความผิดปกติของการรับรู้ด้านการได้ยินที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Romme, 1996) โดยสาเหตุของความรู้สึกทุกข์ทรมานและการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเกิดจากการมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียงแว่ว หรือมีการรับรู้เสียงแว่วที่บิดเบือนจากความจริง ดังนั้นแนวทางการบำบัดที่สอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาคือ แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

3.6.1 การจัดการกับอาการหูแว่วที่เป็นเทคนิคการจัดการด้านความคิด (Cognitive techniques) ได้แก่

1) การยอมรับเสียงแว่วและเรียนรู้ที่จะอยู่กับเสียงแว่ว (Accept and stay with) จากการศึกษาการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทประเทศไต้หวันของ Tsai & Ku (2005) พบว่า การใช้กลยุทธ์การยอมรับเสียงแว่วและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับเสียงแว่ว มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงโดยมีประสิทธิภาพ (Effective level) ของกลยุทธ์เท่ากับ 8.8 (จากระดับประสิทธิภาพ 1-10)

2) การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน (Reduced attention to voice / Ignore them) จากการศึกษาการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทประเทศไต้หวันของ Tsai & Ku (2005) พบว่า การใช้กลยุทธ์การไม่สนใจเสียงที่ได้ยินมีผลทำให้อาการหูแว่วลดลงโดยมีประสิทธิภาพ (Effective level) ของกลยุทธ์เท่ากับ 6.2 (จากระดับประสิทธิภาพ 1-10)

3.6.2 การจัดการกับอาการหูแว่วที่เป็นเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม (Modification of behavior) ได้แก่

1) การอ่านออกเสียงดังและสรุปความ (Reading aloud and summarizing) การอ่านออกเสียงดังและสรุปความเป็นการกำหนดสมาธิและความตั้งใจที่จะจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นการใช้ Vocal cord และการอ่านเป็นการกระตุ้นทางสายตาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการหูแว่ว (Margo et al., 1981 cited in Buccheri et al., 1996) ผลของการนำวิธีการอ่านออกเสียงดังและสรุปไปใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว พบว่าระยะเวลาของการเกิดอาการ (Duration) ความดัง (Loundness) และความชัดเจน (Clarity) ของเสียงแว่วลดลง รวมทั้งลดความถี่ (Frequency) ของการเกิดอาการหูแว่วและเพิ่มความสามารถ ในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย (Self-control) (Buccheri et al., 1996)

2) การพูดคุยกับผู้อื่น (Talking with someone) จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์หูแว่วมักจะไม่คุยกับผู้อื่น การพูดคุยกับผู้อื่นจึงเป็นการกระตุ้นภายนอกทั้งเสียงและภาพ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากเสียงแว่ว ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิจิตใจจดจ่อกับเรื่องที่กำลังพูดคุย มีสมาธิในการควบคุมตนเอง การพูดทำให้มีการทำงานของกล่องเสียง โดยการพูดคุยสามารถที่จะพูดคุยเรื่องอะไรก็ได้ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเกี่ยวกับเสียงแว่ว ช่วยลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buccheri และคณะ (1996) ที่ศึกษา กลยุทธ์การพูดคุยกับคนอื่น พบว่าการพูดคุยกับคนอื่นสามารถลดความถี่ (Frequency) ความดัง (Loundness) ของเสียงแว่วและเป็นการควบคุมตนเอง (Self-control) เมื่อเกิดอาการหูแว่ว อีกทั้งพบว่าการพูดคุยกับคนอื่นมีผลทำให้อาการหูแว่ว ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และระดับความทุกข์ทรมานลดลง โดยวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยการพูดคุยกับคนอื่น ทำได้โดยการฝึกสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเริ่มต้นพูดคุยด้วยการกล่าวสวัสดี หรือ คุณเป็นอย่างไรบ้าง และคุยกันในเรื่องที่สนใจ เช่น สภาพอากาศ กีฬา ฯลฯ ไม่จำเป็นต้องพูดคุยเกี่ยวกับอาการหูแว่วเท่านั้น นอกจากนี้พบว่า การพูดคุยกับผู้อื่นยังช่วยลดความหมกมุ่นต่ออาการหูแว่วได้ เพราะการเปล่งเสียงทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่กำลังพูด ทำให้เกิดสมาธิจึงช่วยลดอาการหูแว่วได้ (Lakeman, 2001) และจากการศึกษาความถี่ของการนำกลยุทธ์ด้านการพูดคุยกับคนอื่นไปใช้โดยติดตามผลในระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นเท่ากับร้อยละ 50 และจากการติดตามภายในระยะเวลา 12 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วด้วยการพูดคุยกับผู้อื่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 (Buccheri et al., 1997) และจากการศึกษาการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทประเทศไต้หวันของ Tsai & Ku (2005) พบว่าประสิทธิภาพของกลยุทธ์การพูดคุยกับคนอื่นในการจัดการกับอาการหูแว่วเท่ากับ 8.3 (จากระดับประสิทธิภาพ 1-10)

3) การดูและฟังโทรทัศน์ (Watching & listening to TV) การดูและฟังโทรทัศน์เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นภายนอกทั้งเสียงและภาพ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจหรือสมาธิของผู้ป่วยจากเสียงแว่วไปสู่สิ่งที่กำลังดูหรือฟังอยู่ ซึ่งต้องใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า 1 อย่าง คือต้องใช้ตาในการดูภาพและหูในการฟังเสียง ทำให้ความสนใจที่มีต่ออาการหูแว่วลดลงหรือหมดไป สามารถใช้ลดอาการหูแว่วได้ผลดีสามารถลดความถี่ (Frequency) ความดัง (Loundness) ของเสียงแว่ว และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย (Self-control) โดยวิธีการฝึกการจัดการอาการหูแว่วด้วยการดูโทรทัศน์ ทำโดยการฝึกให้ผู้ป่วยดูทีวีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งๆ ละ 5 นาที เป็นรายการที่เขาสนใจ เช่น กีฬา เกมส์โชว์ ภาพยนตร์บันเทิง แต่ถ้าดูทีวีแล้วทำให้มีอาการ

หูแว่วมากขึ้นให้หยุดดูทีวี ซึ่งภายหลังการฝึก พบว่าสามารถลดความถี่ ความดังของอาการหูแว่ว และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง (Buccheri et al., 1997) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทประเทศไต้หวันของ Tsai & Ku (2005) พบว่าระดับของประสิทธิภาพกลยุทธ์การดูและฟังเสียงโทรทัศน์เท่ากับ 6.8 (จากระดับประสิทธิภาพ 1-10) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้ป่วยหลายคนเมื่อใช้วิธีการดูโทรทัศน์ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากรายการโทรทัศน์มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และประเด็นเรื่องราวของบุคคล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการประสาทหลอนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความคิดว่าสิ่งที่บุคคลอื่นพูดหมายถึงตน (Idea of Reference) ดังนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนแนะนำวิธีการจัดการอาการหูแว่วด้วยการดูโทรทัศน์ (Nayani & David, 1996)

4) การหากิจกรรมทำหรือช่วยเหลือผู้อื่นไม่ให้อยู่ว่างๆ (Keeping busy and doing something one to like to do or help other) Buccheri และคณะ (2004) ได้ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยการทำตัวไม่ให้ว่างและทำในสิ่งที่ชอบ โดยการให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ 1 กิจกรรม หรือมากกว่า เช่น การเดินเล่น การทำความสะอาด และขณะฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยสนใจสังเกตว่าเกิดอะไรขึ้นแล้วนำมาอภิปรายร่วมกัน ซึ่งภายหลังการฝึกพบว่า ความถี่ ความชัดเจน และความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการหูแว่วลดลง รวมทั้งความสามารถในการควบคุมเสียงแว่วเพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่าการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองชอบโดยไม่ให้อยู่ว่าง และการเคลื่อนไหวร่างกายไม่อยู่กับที่ เป็นการเคลื่อนย้ายความสนใจจากอาการหูแว่ว และมีสมาธิจดจ่ออยู่กับงานที่ทำ ช่วยทำให้อาการหูแว่วลดลงได้ แต่ทั้งนี้การทำตัวไม่ให้ว่างหรือการช่วยเหลือผู้อื่นอาจช่วยหรือไม่ช่วยให้อาการหูแว่วหายไป แต่อาจเป็นการช่วยให้รู้สึกดีขึ้นและสามารถปรับตัวให้อยู่กับเสียงแว่วได้ดีขึ้น

5) การฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง (Listen to music with or without earphone) การฟังเพลงเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่ว เป็นการกำหนดสมาธิและ ความตั้งใจที่จะจัดการกับอาการหูแว่ว (Buccheri et al., 1996) โดยพบว่าการฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง มีประสิทธิภาพในการลดความถี่ และความเข้มข้นของเสียงแว่วได้ดี รวมทั้งสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่า เป็นผลจากการเบี่ยงเบนความสนใจ (Shifting attention) และการเพิ่มสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อม (Buccheri et al., 1997)

6) การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง (Self monitoring) จากการศึกษาของ Buccheri และคณะ (1996) พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของตนเองได้ สิ่งจำเป็นอันดับแรก คือ ผู้ป่วยต้องสามารถสังเกตพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Buccheri และคณะ (1997, 2004) และ Trystard และคณะ (2002) พบว่า การจัดการอาการหูแว่วด้วยวิธีการควบคุมตนเอง ทำโดยการฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตอาการหูแว่วของตนเองว่าเกิดขึ้นเมื่อไหร่ อะไรทำให้อาการหูแว่วดีขึ้นหรือแย่ลง หรือสถานการณ์อะไรทำให้อาการหูแว่วดีขึ้นหรือแย่ลง เช่น การขาดยา การอยู่คนเดียว การอยู่ในที่ที่เงียบหรือเสียงดังมากเกินไป จากนั้นบันทึกว่าเกิดอะไรขึ้น ตนเองรู้สึกอย่างไร และอะไรที่ช่วยเขา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยรายงานว่า กลยุทธ์นี้สามารถลดอาการหูแว่วของพวกเขาได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตน ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงแหล่งหรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหูแว่ว และพร้อมที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

7) การพูดว่า “หยุด” และเรียกเสียงนั้น (Saying “stop” and naming object) จากการศึกษาของ Buccheri et al. (1996, 1997) พบว่า กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วด้วยการพูดว่า “หยุด” และเรียกเสียงนั้น ช่วยลดอาการหูแว่วในด้านความถี่ ความดังของอาการหูแว่ว และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการพูดว่า “หยุด” และเรียกเสียงนั้น ทำให้ผู้ป่วยหยุดคิด (Thought Stopping) เป็นการกำหนดสมาธิและความตั้งใจที่จะจัดการกับอาการหูแว่ว อีกทั้งการพูดทำให้สมองเทมโพรอลซีกซ้ายทำงานลดลง เป็นผลให้อาการหูแว่วลดลงหรือหายไป

8) การพูดว่า “หยุด” และไล่เสียงนั้นออกไป เพิกเฉยต่อเสียงหรือไม่ทำตามสิ่งที่เสียงสั่ง (Saying “stopping and go away”, Ignoring the voices or not doing what they say to do) จากการศึกษา พบว่าร้อยละ70 ของผู้ป่วยที่ใช้กลยุทธ์นี้รายงานว่า สามารถลดอาการ หูแว่วได้ผลดี โดยเขาตั้งสมมติฐานว่า การที่ผู้ป่วยพูดสั่งให้เสียงหยุดและไล่เสียงนั้นไปดังๆ เป็นการเพิ่มความรู้สึกของผู้ป่วยว่าเขาสามารถควบคุมเสียงแว่วได้ และการพูดออกเสียงดังๆ ทำให้อวัยวะเกี่ยวกับการพูดทำงาน ซึ่งเป็นการลดการทำงานของสมองเทมโพรอลซีกซ้าย เป็นผลให้อาการหูแว่วลดลงหรือหายไปได้ (Field, 1985; Kanas, 1991 cited in Buccheri et al., 1996)

9) การฮัมเพลง (Humming a single note) จากการศึกษาของ Buccheri และคณะ (1996) พบว่า วิธีการฮัมเพลงสามารถลดความถี่ ความดังของเสียงแว่ว และเพิ่มความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่วได้ ทั้งนี้เนื่องจากการฮัมเพลงทำให้อวัยวะเกี่ยวกับการพูดทำงาน ซึ่งเป็นการลดการทำงานของสมองเทมโพรอลซีกซ้ายเป็นผลให้อาการหูแว่วลดลงหรือหายไปได้ อีกทั้งการฮัมเพลงยังเป็นการรบกวนเสียงแว่วที่เกิดขึ้น (Evenson, 1987 cited in Buccheri และคณะ, 1996)

10) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) จากการศึกษาพบว่า ความเครียดในระดับสูงเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการหูแว่ว ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งสามารถลดความถี่ของอาการหูแว่วและความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ (Slade, 1972 cited Buccheri et al., 1997)

4. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย (Nayani & David, 1996) และความเชื่อเกี่ยวกับเสียง (Tait et al., 2004; Birchwood and Chadwick, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่วโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากมีเป้าหมายในการบำบัดดังนี้ คือ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อเสียงแว่ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่วของตนและเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่มีต่อเสียงแว่ว ให้เป็นความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผลสอดคล้องกับความเป็นจริง โดยอยู่ภายใต้ความเชื่อที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจเสียง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการจัดการกับอาการหูแว่วมีผลต่อการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (Birchwood and Chadwick, 1997; Wykes et al., 1999)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavior therapy) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตรายกลุ่มรูปแบบหนึ่งที่นำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยมีกรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมต่ออาการหูแว่ว คือ ลดความคิด ด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจของเสียง เพิ่มการรับรู้ในการควบคุมตนเอง และมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่วในทางที่เหมาะสม นอกจากนี้การดำเนินการในรูปแบบกลุ่มยังก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง และมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม โดยในที่นี้ผู้วิจัยได้นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Lewis และคณะ (2002) ซึ่งอ้างอิงแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck มาเป็นพื้นฐาน ซึ่งขั้นตอนการบำบัดของ Lewis และคณะ (2002) ประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะสร้าง

สัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของโรค กลไกทางจิต และอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ระยะที่ 2 ค้นหาเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามระดับความเครียด ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ระยะที่ 3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่ออาการหลงผิด ประสาทหลอน ระยะที่ 4 ค้นหาและปฏิบัติตามแนวทางการจัดการกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน

โดยในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมสาระสำคัญในส่วนของการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการบำบัดอาการหูแว่วตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การสำรวจความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม มอบหมายการบ้าน ให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่ว ตลอดจนให้ผู้ป่วยฝึกทักษะและติดตามความก้าวหน้า โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม แบ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน/1 กิจกรรม คือ วันจันทร์ 1 กลุ่ม วันอังคาร 1 กลุ่ม และวันพฤหัสบดี 1 กลุ่ม ครั้งละ 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว การบำบัดรักษา และการจัดการกับอาการหูแว่ว โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ จากนั้นชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม วัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือ และความพร้อมเพรียงในการทำกิจกรรม จากนั้นผู้นำกลุ่มให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการหูแว่ว ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว จากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วลงในสมุดบันทึก เพื่อให้สมาชิกติดตามอาการหูแว่วของตน

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยก่อนเข้าสู่กิจกรรม ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากนั้นอธิบายแนวคิดพื้นฐาน เป้าหมายการบำบัด และรูปแบบความคิดที่ผิดปกติ จากนั้นยกตัวอย่างสถานการณ์ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในรูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม จากนั้นให้สมาชิกฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรม จากสถานการณ์อาการหูแว่วของตน และมอบหมายการบ้านให้สมาชิกสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วของตนลงในสมุดบันทึก รวมทั้งฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนที่มีต่ออาการหูแว่ว เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น โดยผู้นำกลุ่มทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์ และทบทวนการบ้านที่ได้มอบหมายในครั้งก่อน จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดทางบวกและความคิดทางลบ และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่วของตนอีกครั้ง โดยเขียนลงในแบบฟอร์มการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมแล้วนำมาอภิปรายร่วมกัน พร้อมกันนั้นผู้นำกลุ่มช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของตน และส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวกและสมเหตุผลมากขึ้น จากนั้นมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ โดยผู้นำกลุ่มร่วมกับสมาชิกในการตรวจสอบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีต่ออาการหูแว่ว เพื่อให้สมาชิกเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผลสอดคล้องกับความเป็นจริง จากนั้นสำรวจพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว และวิธีการจัดการกับเสียงแว่ว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว และวิธีการจัดการกับเสียงแว่วที่เคยใช้ และนำมาอภิปรายร่วมกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มให้

ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ เช่น การยอมรับเสียงแว่วและเรียนรู้ที่จะอยู่กับเสียงแว่ว การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน การอ่านออกเสียงดังและสรุป การพูดคุยกับผู้อื่น การดูและฟังโทรทัศน์ การหากิจกรรมทำหรือช่วยเหลือผู้อื่นไม่ให้อยู่ว่างๆ การฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง การพูดว่า “หยุด” และเรียกเสียงนั้น การพูดว่า “หยุด” และไล่เสียงนั้นออกไป ปฏิเสธเสียงหรือไม่ทำตามสิ่งที่เสียงสั่ง การฮัมเพลง และเทคนิคการผ่อนคลาย จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติเพื่อเกิดทักษะ และมอบหมายเป็นการบ้าน

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบและทำความเข้าใจความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนจากสถานการณ์อาการหูแว่วอีกครั้ง และทำการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่มีต่อเสียงแว่วเป็นไปในทางบวกมากขึ้น จากนั้นติดตามความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่มในการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วไปใช้ภายหลังการฝึก เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ และเป็นการค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคจากการนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ จากนั้นทบทวนความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆร่วมกันอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล โดยผู้นำกลุ่มสรุปและทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนภายหลังเข้าร่วมกลุ่ม

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดวงแก้ว รอดอ่อง (2547) ศึกษาการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเรื้อรังจำนวน 30 คน พบว่าในช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ามีอาการประสาทหลอนและมีการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ส่วนในช่วงที่มีอาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่รับรู้อาการประสาทหลอนแต่ญาติจะเป็นผู้สังเกตเห็น และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอน พบว่า วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การหาเพื่อนคุย ไม่อยู่คนเดียว รองลงมาคือ การไม่สนใจ ไม่ฟังหรือทำเฉยๆ การฟังเพลงหรือเปิดวิทยุดังๆ การหางานทำไม่ให้

อยู่ว่าง การดูทีวี การทำใจยอมรับ การตั้งสติและควบคุมตนเอง การท่องนะโม การออกกำลังกาย การดมยาดม และการทำเสียงดังๆ ตามลำดับ

ธิดารัตน์ คณึงเพียร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ 18 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน แบ่งโปรแกรมออกเป็น 10 ครั้งๆละ 50-60 นาที ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคจิต 2) ประเมินประสบการณ์อาการหูแว่ว 3) สอนวิธีการติดตามตนเองเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 4) สอนวิธีพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 5) สอนวิธีการพูดว่า “หยุด” หรือไม่ทำตามเสียงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 6) สอนวิธีการดูโทรทัศน์เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 7) สอนวิธีการอ่านหนังสือเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 8) สอนวิธีการฮัมเพลงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 9) สอนวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลาย 10) ประเมินผลการจัดการกับอาการหูแว่ว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

อัจฉรา มุ่งพานิช (2549) ศึกษาผลของโปรแกรม CBT ต่อการรับรู้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 6 คน ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ กระบวนการบำบัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ตกลงเบื้องต้น สร้างสัมพันธภาพและประเมินอาการทางจิต 2) ดำเนินการใช้กลยุทธ์การจัดการกับปัญหาที่เกิดจากอาการโรคจิตโดยใช้แนวคิด CBT 3) พูดคุยร่วมกันถึงมุมมองใหม่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 4) กลยุทธ์การบำบัดทางความคิดต่อความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการหลงผิดและความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรมมีจำนวน 3 คน มีระดับการรับรู้อาการทางจิตดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิต ให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่ออาการทางจิต เช่น อาการหูแว่วและความหลงผิดของตนได้

Buccheri และคณะ (1996) ศึกษาแนวคิดการจัดการอาการและกลยุทธ์ด้านพฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 45 นาที ในแต่ละครั้ง

มีกระบวนการดังนี้ คือ การนำประสบการณ์การจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยมาสนทนาร่วมกันในกลุ่ม และนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เคยมีผู้นำไปใช้และสามารถลดอาการหูแว่วได้ เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ การฮัมเพลง เป็นต้น โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาช่วยในการตัดสินใจการนำไปใช้ ซึ่งผลศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 75 ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการหูแว่วลดลง

Buccheri และคณะ (1997) ศึกษารูปแบบการจัดการอาการในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว โดยทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแม้รับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง จำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ใช้เวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ๆละ 45 นาที ในแต่ละครั้งใช้วิธีการสอนอย่างมีแบบแผนและใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีใหม่ๆในการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้บำบัดจะสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและให้ใช้วิธีที่สอนคราวละ 2 ครั้ง เมื่อมีอาการหูแว่ว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้การจัดการกับอาการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่า ลักษณะของอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน ความดัง และความถี่ในการเกิดเสียงแว่วลดลง และเสนอแนะว่าการจัดการกับอาการหูแว่ววิธีหนึ่งไม่สามารถใช้ได้กับทุกคน เนื่องจากแต่ละคนมีประสบการณ์อาการหูแว่วที่แตกต่างกัน และได้ทำการศึกษาโดยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังคงใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วตลอดระยะเวลา 1 ปี ซึ่งมีผลทำให้ลักษณะอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน ความดัง และการรบกวนทำให้วอกแวก เสียสมาธิลดลง

Wykes, Parr and Landau (1999) ทำการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการเจ็บป่วยและอาการหูแว่ว ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบ Waiting list control กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำนวน 21 คน แต่เข้ารับการบำบัดครบทุกขั้นตอน จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ๆละ 1 ชั่วโมง สำหรับขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและอาการหูแว่ว สอนทักษะหรือวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว การสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสรุปผล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน BPRS-E ลดลง ซึ่งหมายถึงว่ามีอาการทางจิตดีขึ้น ร่วมกับมีคะแนนระดับอาการหูแว่วลดลง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ของอาการหูแว่วดีขึ้นร่วมกับมีคะแนนการตระหนักรู้ในอาการทางจิตดีขึ้น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงลดลงในเรื่องการรับรู้อำนาจของเสียงและความรู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิตและเพิ่มการรับรู้อาการทางจิตของตนเองมากขึ้น

Trystad และคณะ (2002) ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วแบบคงอยู่ (Persistent auditory hallucination) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 72 คน ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ๆละ 50 นาที ซึ่งมีกระบวนการดังนี้คือ 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว 2) สอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ววิธีใหม่ และให้มีการอภิปรายร่วมกัน 3) ให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติและอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน 4) ให้บันทึกผลการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ลักษณะของอาการหูแว่ว เช่น ความถี่ ความชัดเจน ลักษณะน้ำเสียงของเสียงแว่ว การควบคุมตนเอง การรบกวนทำให้วอกแวก ไม่มีสมาธิ และความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความดังของเสียง

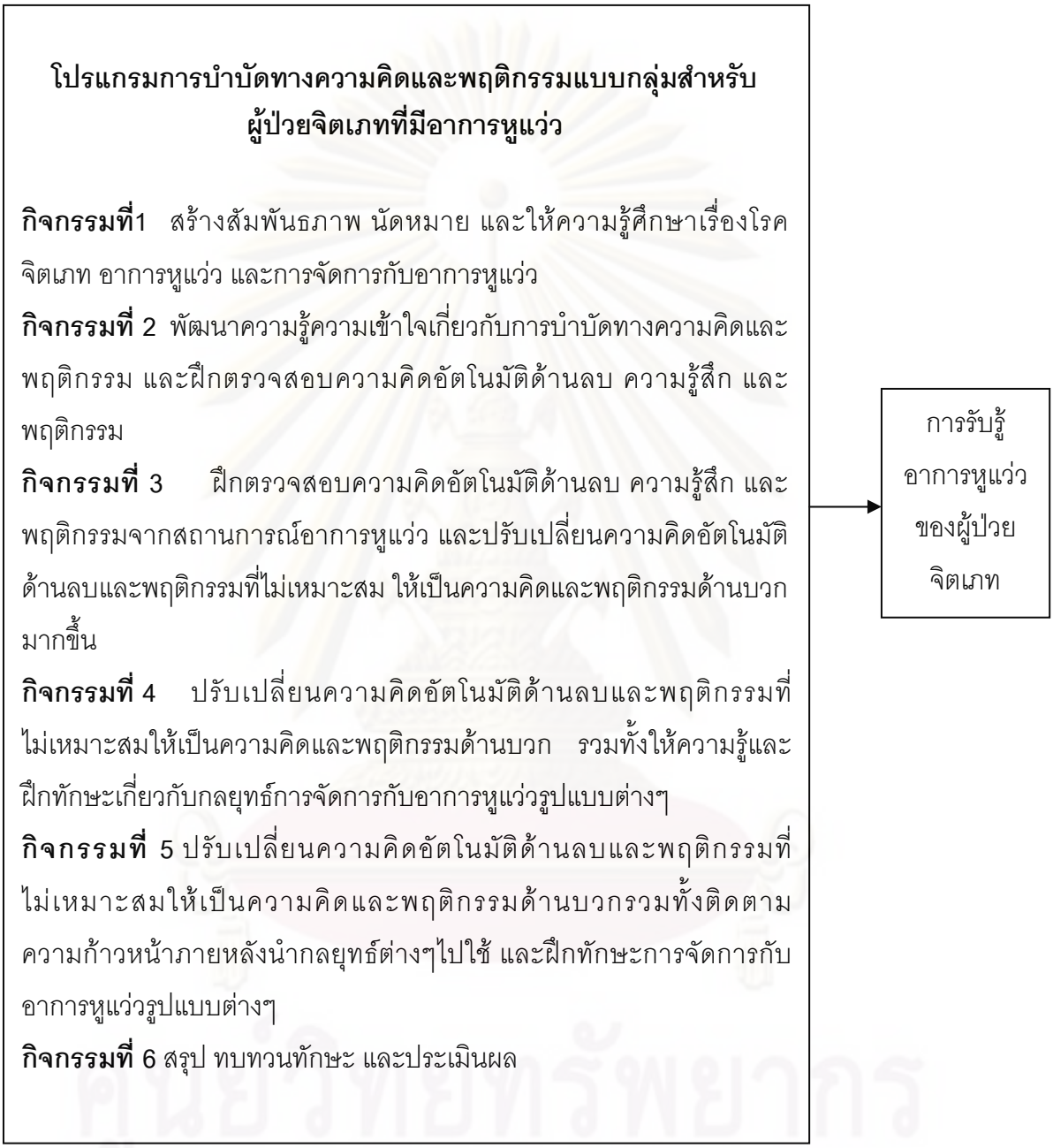
Lewis และคณะ (2002) ทำการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการทางจิตด้านบวกในผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ RCT ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 5 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนในระดับปานกลางถึงรุนแรง (PANSS Score) จำนวน 309 คน ได้รับการบำบัดด้วย CBT 101 ราย Supportive counseling 106 ราย และ Routine care 102 ราย โดยกระบวนการบำบัดมี 4 ระยะดังนี้คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ระยะที่ 2 ค้นหาเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ระยะที่ 3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติต่ออาการหลงผิดประสาทหลอน ระยะที่ 4 ค้นหาแนวทางในการจัดการกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน จากนั้นติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 70 วันหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Group CBT มีคะแนนความหลงผิดและอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู คือ ช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง อีกทั้งพบว่า 60% ของกลุ่มทดลองตอบสนองต่อการบำบัดด้วย Group CBT มากกว่า Group supportive counseling

Newton และคณะ (2005) ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ Waiting list control ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์หูแว่วอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 22 คน โดยรูปแบบการบำบัดได้นำแนวคิดของ Wykes และคณะ (1999) มาเป็นพื้นฐานโดยมุ่งเน้นในการลดการรับรู้อำนาจของเสียงแว่วและเพิ่มการรับรู้อำนาจในการควบคุมเสียง ทั้งนี้เพื่อผลลัพธ์ในการลดระดับความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว โดยทำการประเมินผลลัพธ์ 4 ช่วงเวลาคือ Week 0 (Baseline), Week 6 (Pretreatment), Week 12 (Possttreatment) และWeek 24 (Follow-up) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ช่วยลดการรับรู้อำนาจเสียงและเพิ่มความสามารถในการควบคุมเสียงอย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลาของการบำบัด นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเสียงที่เพิ่มขึ้นและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วที่ลดลง

Wykes และคณะ (2005) ทำการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ RCT ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว จำนวน 85 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CBT 45 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 40 คน ซึ่งขั้นตอนในการบำบัดมีดังนี้ 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์หูแว่ว 2) ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 3) สำรวจความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว 4) พัฒนาวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ 5) สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) พัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการทั้งหมด 7) ติดตามผล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ทั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองยังคงมีอาการหูแว่วอยู่แต่ระดับความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Burn & Glove, 1997 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550)

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3		O_4	กลุ่มควบคุม

O_1 หมายถึง การวัดคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

O_2 หมายถึง การวัดคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

O_3 หมายถึง การวัดคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O_4 หมายถึง การวัดคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน และเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและมีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี

2) เป็นผู้ที่มีอาการหูแว่วแม้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ

3) เป็นผู้ที่มีระดับคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน และในส่วนของการประเมินอาการประสาทหลอนทางหูต้องมีคะแนนอยู่ในช่วง 3-5 คะแนน (ระดับปานกลางถึงรุนแรง) เนื่องจากอาการหูแว่วในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านความคิดและพฤติกรรม จึงเหมาะสมที่จะได้รับการบำบัดโดยวิธีนี้

4) ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติดที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการหูแว่ว เช่น กัญชา แอมเฟตามีน เฮโรอีน เป็นต้น

5) ไม่มีประวัติความบกพร่องด้านสติปัญญา

6) สามารถฟังและอ่านภาษาไทยได้ ตอบแบบสอบถามได้

7) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดโปรแกรมการบำบัด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit & Hungler, 1995) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงในการคัดเลือกโรงพยาบาลราชบุรีเป็นสถานที่ทำการทดลอง เนื่องจาก จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมากเป็นอันดับสองรองจากจังหวัดนนทบุรี คือ ประมาณ 7,101 คนต่อแสนประชากร และร้อยละ 49.8 เป็นผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 360 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ช่วงระหว่างวันที่ 19-21 มกราคม 2553 และ 26-28 มกราคม 2553 หากมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มตามวันที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 3 วัน คือ อังคาร-พฤหัสบดี ผลการจับฉลากคือ วันอังคารและพุธเป็นกลุ่มทดลอง วันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม

2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันที่สุดคือ คะแนนอาการประสาทหลอนทางหู ซึ่งผู้วิจัยควบคุมตัวแปรดังกล่าวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้อยู่ในระดับเดียวกัน

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคู่ๆ โดยการประเมินคะแนนอาการประสาทหลอนหูที่อยู่ในระดับเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ช่วงระหว่างวันที่ 19-21 มกราคม 2553 และ 26-28 มกราคม 2553 เวลา 08.30 – 12.00 น. (ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีจำนวนเฉลี่ยวันละประมาณ 60 คน) ซึ่งผู้วิจัยสามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ 5-8 คนต่อวัน ซึ่งผู้วิจัยสามารถจับคู่ได้ตรงตามกำหนดทุกคู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนอาการประสาทหลอนทางหู ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนอาการประสาทหลอนทางหู		ระดับอาการประสาทหลอนทางหู
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
1	3	3	ปานกลาง
2	5	5	รุนแรง
3	3	3	ปานกลาง
4	4	4	ค่อนข้างรุนแรง
5	3	3	ปานกลาง
6	4	4	ค่อนข้างรุนแรง
7	4	4	ค่อนข้างรุนแรง
8	3	3	ปานกลาง
9	3	3	ปานกลาง
10	3	3	ปานกลาง
11	3	3	ปานกลาง
12	3	3	ปานกลาง
13	3	3	ปานกลาง
14	3	3	ปานกลาง
15	4	4	ค่อนข้างรุนแรง
16	4	4	ค่อนข้างรุนแรง
17	5	5	รุนแรง
18	5	5	รุนแรง
19	3	3	ปานกลาง
20	4	4	ค่อนข้างรุนแรง

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนอาการประสาทหลอนทางหู ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วยผู้ที่มีอาการประสาทหลอนทางหูในระดับปานกลาง 11 คู่ ระดับค่อนข้างรุนแรง 6 คู่ และระดับรุนแรง 3 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck ซึ่ง Lewis และคณะ, (2002) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการทางจิตด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งเป็นการบำบัดระยะสั้น 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของโรค กลไกทางจิต และอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ระยะที่ 2 ค้นหาเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามระดับความเครียด ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ระยะที่ 3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่ออาการหลงผิด ประสาทหลอน ระยะที่ 4 ค้นหาและปฏิบัติตามแนวทางการจัดการกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน

จากนั้นผู้วิจัยได้นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Lewis และคณะ (2002) มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี โรคจิตเภท อาการหูแว่ว การรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ และกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่ว รวมทั้งศึกษาหลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จากนั้นศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

2) จัดทำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยกำหนดรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จากนั้นกำหนดโครงสร้างของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Lewis และคณะ (2002) ซึ่งอ้างอิงแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck มาเป็นพื้นฐาน โดยขั้นตอนการบำบัดของ Lewis และคณะ (2002) ประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของโรค กลไกทางจิต และอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม

ระยะที่ 2 ค้นหาเหตุการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามระดับความเครียด ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่ออาการหลงผิด ประสาทหลอน

ระยะที่ 4 ค้นหาและปฏิบัติตามแนวทางการจัดการกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน

3) สร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยกำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมตามสาระสำคัญของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 เปรียบเทียบได้กับระยะที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในส่วนของศิลปะการสอน (Didactic aspect) ส่วนกิจกรรมที่ 2, 3, 4 เปรียบเทียบได้กับระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในส่วนของเทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และกิจกรรมที่ 4, 5, 6 เปรียบเทียบได้กับระยะที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในส่วนของเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral technique) จากนั้นสร้างสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เช่น เอกสารและสื่อประกอบการสอน เอกสารความรู้ และแบบฟอร์มต่างๆ รวมทั้งคู่มือการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (รายละเอียดดังภาคผนวก ง)

สำหรับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ทุกวันจันทร์ 1 กลุ่ม วันอังคาร 1 กลุ่ม และวันพฤหัสบดี 1 กลุ่ม เวลา 09.00-10.00 น. โดยมีรายละเอียดโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และช่วยเหลือสมาชิกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชระดับปฏิบัติการ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของเนื้อหากิจกรรมตลอดจนลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละกิจกรรม

หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มาปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้คือ

1) ควรปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรม โดยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลาเกิน 60 นาที ทั้งนี้การใช้เวลานานเกินไปจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและอ่อนล้า ซึ่งจะทำให้กิจกรรมไม่บรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร

2) ในส่วนของการสร้างสัมพันธภาพ ควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อเรียกความสนใจของผู้ป่วย เช่น เกมส์ หรือ เพลง เป็นต้น

3) ควรปรับเนื้อหา ภาษา และรูปแบบกิจกรรมให้เข้าใจง่ายขึ้น ในส่วนของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

4) ควรปรับลดเนื้อหาบางส่วนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เช่น กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพราะเนื้อหาในส่วนนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงเป็นสาระสำคัญในเชิงวิชาการซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด

5) ในส่วนของกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิด(Cognitive restructuring) ควรปรับเพิ่มเติมให้มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย โดยการทำในรูปแบบของตารางการปรับเปลี่ยนความคิดของตนที่มีต่อเสียงแว่ว

หลังปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มละ 5 คน ในวันที่ 14-19 มกราคม 2553 เวลา 13.30 - 14.30 น. เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ทั้งในด้านความถูกต้อง ชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและเวลาที่ใช้ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรม

จากการทดลองใช้พบว่า ต้องปรับเนื้อหา ภาษา และกิจกรรมในส่วนการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมให้สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย เนื่องจากเนื้อหาส่วนใหญ่เป็นภาษาที่ยากแก่การเข้าใจ ผู้วิจัยต้องมีการขยายความให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยภาษาที่ง่าย และตัดเนื้อหาบางส่วนที่เกี่ยวกับกระบวนการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมออก เนื่องจากเนื้อหาในส่วนนี้เป็นในเชิงวิชาการไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย รวมทั้งในส่วนของกิจกรรมเรื่องมุมมองความคิดที่หลากหลาย รูปภาพที่นำมาเป็นสื่อประกอบการสอนบางรูปไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ในส่วนของการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม จากสถานการณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสับสนในการแยกแยะระหว่างความคิดและความรู้สึก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเน้นย้ำและชี้ให้เห็นถึงข้อแตกต่างระหว่างความคิดและความรู้สึก โดยการยกตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว (Perception of Auditory Hallucination Questionaire) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนาจาก Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ของ Buccheri และคณะ, (2004) ซึ่งข้อคำถามได้ปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่เน้นสาระสำคัญของการรับรู้อาการหูแว่ว ดังนี้

1) ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency)

2) ความดังของเสียงแว่ว (Loudness)

3) ความชัดเจนของเสียงแว่ว (Clarity)

4) ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน (Tone)

5) การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว (Power of voices)

6) การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ (Distractibility)

7) เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self control)

8) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Distress)

9) ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว (Anxiety)

10) เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว (Self management)

โดยลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด คะแนน 2 หมายถึง น้อย คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง มาก คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด โดยผลคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ในช่วงระหว่าง 0-50 คะแนน ในการแปลผลหากคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อาการหูแว่วไม่ดี บิดเบือนจากความเป็นจริง มีอาการหูแว่วในระดับมากหรือรุนแรง หากคะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้อาการหูแว่วที่ดี ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง มีอาการหูแว่วในระดับน้อยหรือไม่รุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่วที่ดัดแปลงและพัฒนาขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก จากนั้นนำกรอบแนวคิด คำจำกัดความ โครงสร้างของเครื่องมือ ข้อคำถาม และเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชระดับปฏิบัติการ 1 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พร้อมที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนลำดับเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย และ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1.0 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ดังนี้

1) ในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ควรปรับลดข้อคำถามบางส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยออก เช่น ศาสนา สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในส่วนของระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ควรระบุให้ชัดเจนว่าโรคทางจิตในที่นี้คือโรคจิตเภท รวมทั้งควรระบุหน่วยเดือน และ ปี ลงในแบบสอบถามด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ

2) ในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว ควรเพิ่มเติมรายละเอียดในตัวตัวเลือกบางข้อให้ชัดเจน และเข้าใจง่ายขึ้น เช่น ได้ยินบางครั้ง หรือ 3 - 5 ครั้ง นอกจากนี้ในหัวข้อของความรู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้าจากเสียงแว่ว ควรปรับลดให้เหลือเพียงความรู้สึกวิตกกังวล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจมีความรู้สึกวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับ

การรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน ในวันที่ 5 – 7 มกราคม 2553 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cornbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** ได้แก่

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว ที่สอดคล้องตามแนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมเนื้อหาความรู้ที่จะให้ผู้ป่วยในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้แก่ ลักษณะอาการหูแว่ว สาเหตุ การบำบัดรักษา และการจัดการกับอาการหูแว่วตามแนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถาม

2. กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ โดยในที่นี้มีลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ การให้คะแนนจะให้ 1 คะแนน ในข้อที่ตอบถูก และให้ 0 คะแนน ในข้อที่ตอบผิด ซึ่งประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 13 ข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 ด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 11 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

คำถามด้านบวก ตอบใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

คำถามด้านลบ ตอบใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมของเครื่องมือชุดนี้อยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ในระบบร้อยละ คือ อย่างน้อยร้อยละ 60 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2543) ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในขั้นแรก แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พร้อมที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนลำดับเนื้อหา โดยให้

คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย และ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคำถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1) ควรปรับลดจำนวนข้อคำถามของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วให้เหลือ 10-15 ข้อ เพื่อเป็นการลดภาระแก่ผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถาม

2) ข้อคำถามบางข้อบรรจุข้อความยาวเกินไป ควรปรับให้มีสั้น กระชับ เพื่อง่ายแก่การเข้าใจ เช่น สิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม คือ การยอมรับอาการหูแว่ว และการเชื่อว่าตนเองเข้มแข็งกว่าเสียงแว่วที่ได้ยิน สามารถควบคุมและจัดการกับเสียงแว่วได้

3) ข้อคำถามบางข้อใช้ภาษาในเชิงวิชาการซึ่งยากแก่การเข้าใจ ควรปรับภาษาที่ใช้ให้ง่ายขึ้น และขยายความในบางส่วนเพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์และชัดเจน หรืออาจตัดข้อคำถามออกถ้าจำเป็น เช่น การที่บุคคลมีการรับรู้อำนาจเสียงน้อยและมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับอาการ หูแว่วมาก บุคคลนั้นจะตอบโต้เสียงแว่ว ด้วยการไม่ทำตามเสียง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน ในวันที่ 5 – 7 มกราคม 2553 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

การดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย ด้านความรู้และทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จากนายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร หัวหน้า

ศูนย์สุขภาพจิต 1 ที่โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และได้ผ่านการฝึกประสบการณ์จากการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อีกทั้งได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนและครอบคลุม

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ

3. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการทดลองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ในการทดลอง กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย และประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมแนบโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือวิจัย หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือ รวมทั้งใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 1 ชุด เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่ออนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานจิตเวชโดยตรงในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 ดำเนินการขอใช้สถานที่ในการทดลอง

1.3 แจ้งวันและเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

5. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและการรับบริการ ข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ โดยไม่กระทบถึงการรับบริการตรวจรักษาจากสถานบริการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ดังนี้คือ กลุ่มที่ 1 นัดทำการทดลอง วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 9 มีนาคม 2553 กลุ่มที่ 2 นัดทำการทดลอง วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2553 และกลุ่มที่ 3 นัดทำการทดลอง วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2553

ขั้นที่ 2 **ระยะดำเนินการทดลอง**

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และแนวทางการควบคุมและจัดการอาการหูแว่วหูแว่วด้วยตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติตนที่เหมาะสมด้านการรับประทานยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการ การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหูแว่ว และการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

2. **กลุ่มทดลอง** กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ณ ห้องประชุม กลุ่มงานจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ทุกวันจันทร์ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 - 10.00 น. (รายละเอียดตามตารางการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม
สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

กลุ่มที่	ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	ครั้งที่	กิจกรรม
กลุ่มที่ 1	6 สัปดาห์	ครั้งที่ 1	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรค
(6 ราย)	(2 ก.พ.-9 มี.ค.53)	2 ก.พ. 53	จิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว
		ครั้งที่ 2	กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ
		9 ก.พ. 53	บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบ
			ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม
		ครั้งที่ 3	กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ
		16 ก.พ. 53	ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการ
			หูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและ
			พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและ
			พฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น
		ครั้งที่ 4	กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ
		23 ก.พ. 53	และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและ
			พฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะ
			เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบ
			ต่างๆ
		ครั้งที่ 5	กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ
		2 มี.ค. 53	และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและ
			พฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งติดตามความก้าวหน้า
			ภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ และฝึกทักษะ
			การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ
		ครั้งที่ 6	กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล
		9 มี.ค. 53	

หมายเหตุ : กลุ่มที่ 2 (8 ราย) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ (4 ก.พ. – 11 มี.ค. 53)
กลุ่มที่ 3 (6 ราย) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ (8 ก.พ. – 8 มี.ค. 53)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาแต่ละกิจกรรมแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรม

1. สร้างพันธภาพเพื่อการบำบัด เริ่มต้นโดยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและแนะนำตนเองแก่สมาชิก จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง และสนทนาเรื่องทั่วไป

2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม วัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจความร่วมมือและความพร้อมเพรียงในการทำกิจกรรม

3. ผู้นำกลุ่มให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท ระบาดวิทยา สาเหตุ อาการ และการรักษา รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย ลักษณะอาการหูแว่ว ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหูแว่ว การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการหูแว่ว ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว

5. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลุ่มสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วลงในสมุดบันทึกเพื่อให้สมาชิกได้ติดตามอาการหูแว่วของตนเอง

6. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญในการทำกลุ่ม กล่าวปิดกลุ่มและนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เมื่อดำเนินกิจกรรมสมาชิกกลุ่มมีการซักถามอย่างเป็นกันเอง เมื่อซักถามถึงการนัดหมายและรายละเอียดของโปรแกรม สมาชิกแต่ละคนช่วยกันตอบคำถามได้อย่างถูกต้องสามารถบอกได้ว่าเป็นกลุ่มบำบัดอาการหูแว่ว มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 1 ชั่วโมง คือ 09.00-10.00 น. ตามบัตรนัด รวมทั้งสามารถบอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรมได้แต่ไม่ครบถ้วนทุกข้อ เช่น เพื่อให้มีความรู้ เพื่อให้จัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตัวเอง จากนั้นพยาบาลจึงเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ในส่วนของการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับเสียงแว่วให้เป็นความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผล รวมทั้งสามารถแสดงอารมณ์และพฤติกรรมเมื่อมีอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสมแก่สมาชิกกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงเริ่มเข้าสู่กิจกรรมด้วยการซักถามเกี่ยวกับ

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกแต่ละคน สมาชิกกลุ่มแต่ละคนเล่าอาการเจ็บป่วยของตนเองอย่างเปิดเผย เช่น บอกว่าตนเองมีอาการหูแว่ว พูดคนเดียว พูดเรื่อยเปื่อย บางรายคิดระแวง กลัวคนจะรู้ความคิดของตัวเอง หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและคนอื่น เครียดมาก นอนไม่หลับ สกปรกมากไม่แปรงฟัน ไม่อาบน้ำ ไม่สระผมเป็นเดือน ออกจากบ้านเดินไปเรื่อยๆ ไม่พูดกับใคร แยกตัวอยู่คนเดียว เป็นต้น

จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเชื่อมโยงอาการกับข้อมูลของสมาชิกแต่ละคนเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนมากขึ้น มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษาของแพทย์ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงซักถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่มักไม่ค่อยแน่ใจว่าอาการหูแว่วคืออะไร มักถามว่า “อาการหูแว่ว คือ การที่เราได้ยินเสียงแต่คนอื่นไม่ได้ยินใช่มั้ย ต้องเป็นเสียงคนพูดอย่างเดียวหรือเปล่า ถ้าเป็นเสียงอย่างอื่น เช่น เสียงคนเคาะประตู เสียงเครื่องใช้ไฟฟ้า เสียงวี้ๆในหูและหัว ถือเป็นอาการหูแว่วหรือไม่” ผู้นำกลุ่มจึงอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจอาการหูแว่วมากขึ้น นอกจากนี้สมาชิกแต่ละคนยังให้ความร่วมมือในการเล่าระบายเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของตนเอง เช่น ได้ยินเสียงญาติมาคอยด่าว่า ได้ยินเสียงมีคนมาพูดโต้ตอบตอนที่คิดในใจ ได้ยินเสียงมาคอยให้คำแนะนำบ้าง ด่าว่าเป็นคนไม่ดีบ้าง ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ได้ยินเป็นเสียงคนเรียกบ้าง เคาะประตูบ้าง ในด้านความรู้สึกสมาชิกบางรายเล่าว่า รู้สึกหวาดกลัวเหมือนมีคนล่วงรู้ความคิดของตนเอง รู้สึกทุกข์ทรมานใจคิดว่าเรื่องที่ได้ยินเป็นเรื่องจริง รู้สึกหงุดหงิด เบื่อหน่าย รำคาญ รู้สึกสับสน วิตกกังวล กลัวจะถูกทำร้าย รู้สึกทุกข์ทรมานใจที่ต้องคิดตามหรือทำตามทั้งที่บางครั้งไม่ได้อยากทำ เหมือนไม่ใช่ตัวเอง เป็นต้น จากข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่าเกี่ยวกับอาการหูแว่วแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับเสียงที่บิดเบือนจากความเป็นจริง มีการรับรู้อำนาจเสียงมาก คิดว่าเสียงสามารถควบคุมให้คิดหรือทำตาม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวลตามมา

ในด้านการจัดการกับอาการหูแว่วพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการจัดการกับเสียงแว่ว คิดว่าอาการหูแว่วเป็นอาการที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ เมื่อมีอาการหูแว่วจึงใช้วิธีการนอนหลับ พูดโต้ตอบเสียง ทำตามเสียง หรือรับประทานยาเพิ่มเอง บางรายอยู่เฉยๆ เป็นต้น ซึ่งการเล่าระบายประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วเช่นนี้ ทำให้สมาชิกตระหนักรู้และยอมรับในอาการหูแว่วมากขึ้น รวมทั้งเกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และเกิดแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาร่วมกัน และก่อนเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้นำกลุ่มได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว สมาชิกกลุ่มสามารถตอบได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้าน

ความคิด สาเหตุของโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเครียด ความวิตกกังวล สมองหลั่งสารเคมีมากเกินไป วิธีการรักษาคือ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยา หรือปรับลดยาเอง ต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และมาตรวจตามนัด ในส่วนของอาการหูแว่วสมาชิกกลุ่มสามารถบอกได้ว่าอาการหูแว่วเป็นอาการประสาทหลอน สามารถรักษาได้ เป็นการได้ยินเสียงโดยที่ไม่เห็นตัวคนพูด เสียงที่ได้ยินไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นจริง อาการหูแว่วสามารถควบคุมและจัดการได้

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม และสนทนาเรื่องทั่วไป จากนั้นทบทวนการบ้านที่มอบหมายเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการหูแว่ว
3. ผู้นำกลุ่มสรุปอาการหูแว่วของสมาชิกแต่ละคนที่เกิดขึ้นตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นเชื่อมโยงเข้าสู่สาระสำคัญของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายแนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รูปแบบความคิดที่ผิดปกติรูปแบบต่างๆ เป้าหมายการบำบัด และกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
5. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่การบรรยายเรื่อง มุมมองความคิดที่หลากหลาย และกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมด้วยการแสดงความคิดเห็น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและอภิปรายร่วมกัน
6. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม และยกตัวอย่างสถานการณ์ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในรูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรม
7. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายสถานการณ์ตามแบบฟอร์มการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม
8. ผู้นำกลุ่มสรุปและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จากนั้นมอบหมายการบ้านให้สมาชิกลองฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่มีต่ออาการหูแว่ว รวมทั้งสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วของตนลงในสมุดบันทึก
9. ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่ม และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

สำหรับกิจกรรมครั้งนี้สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นโดยไม่ต้องกระตุ้นหรือกระตุ้นเพียงเล็กน้อย เมื่อผู้นำกลุ่มทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้สมาชิกกลุ่มสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วของตนลงในสมุดบันทึก สมาชิกกลุ่มแต่ละคนให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการหูแว่วของตนเอง ด้วยการเล่าอาการหูแว่วตามที่บันทึกไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟัง เช่น บางรายเล่าว่าตน ได้ยินเสียงแว่วเกือบตลอดเวลา จนแทบทำอะไรไม่ได้ เสียงคอยรบกวนทำให้เลี้ยงเด็กไม่ได้ รู้สึกหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ทำอะไรก็ผิดพลาด เสียหายไปหมด จนต้องให้พี่สาวมาช่วยเลี้ยงเด็กแทนซึ่งตนรู้สึกทุกข์ใจมาก ก็ทำอะไรไม่ได้ ได้แต่อดทน บางครั้งทนไม่ไหวก็ด่าออกไปดังๆ บางรายเล่าว่าตนได้ยินเสียงด่าว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ทำให้ตนเองคิดคล้อยตาม และรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ จนบางครั้งไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยอาการหูแว่วจะเป็นมากตอนที่คิดในใจ ทุกครั้งที่คิดในใจจะมีเสียงคอยโต้ตอบกลับมาเสมอ ทำให้รู้สึกหวาดกลัวเหมือนมีคนมาล่วงรู้ความคิดในใจ รู้สึกว่าตัวเองไม่ปลอดภัย เมื่อมีอาการอย่างนี้จะพยายามทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมมะ ซึ่งช่วยได้เพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบมีสมาชิกกลุ่มบางรายที่ได้ยินเสียงแว่วเป็นเสียงขู่จะทำร้าย และเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งเสียงแว่วเหล่านี้เหมือนมีอำนาจมาควบคุม ทำให้ตนรู้สึกกลัว และวิตกกังวลมาก บางครั้งเกิดความสับสน คิดคล้อยตามว่าเป็นเรื่องจริง จนอยากที่จะทำตามที่เสียงสั่ง ซึ่งทำให้ตนเองรู้สึกอึดอัดและทุกข์ทรมานใจ เพราะจริงๆแล้วตนเองไม่ได้อยากคิดหรือทำอย่างนั้น จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับอาการหูแว่วของสมาชิกโดยรวม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นปัญหาของตนและเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ และเชื่อมโยงเข้าสู่การให้ความรู้เรื่องแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป้าหมายการบำบัด รูปแบบความคิดที่ผิดปกติ

ซึ่งในขั้นตอนนี้สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจในการรับฟังเป็นอย่างมาก แต่พบมีสมาชิกบางรายที่บอกว่าเป็นเรื่องยาก ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงแก้ไขด้วยการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและยกตัวอย่างประกอบ พบว่าสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมากขึ้น สามารถแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง และในส่วนของการให้ความรู้เรื่องมุมมองความคิดที่หลากหลาย สมาชิกแต่ละคนให้ความสนใจในพิจารณารูปภาพสำหรับกิจกรรมนี้สมาชิกกลุ่มบอกว่าตนได้รับความเพลิดเพลิน และได้รู้ว่าภาพ 1 ภาพ สามารถมองได้เป็น 2 รูปหากมองและพิจารณาอย่างรอบคอบ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงได้เชื่อมโยงเรื่องการมองภาพกับการวิเคราะห์หรือทำความเข้าใจเหตุการณ์/สถานการณ์ต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนมีความเข้าใจ และมีความคิดเห็นสอดคล้องมากขึ้น

นอกจากนี้ในส่วนของการอภิปรายสถานการณ์ตามแบบฟอร์มการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม พบว่า สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยสามารถวิเคราะห์แยกแยะได้ว่าสิ่งใดคือความคิด สิ่งใดคืออารมณ์ และสิ่งใดคือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา แต่พบมีสมาชิกบางรายที่ยังมีความสับสนในการแยกแยะระหว่างความคิดและอารมณ์ เช่น ความเครียด อึดอัด กลัว เป็นสิ่งที่สมาชิกไม่สามารถแยกแยะได้อย่างชัดเจน ผู้นำกลุ่มจึงได้ชี้แจงความแตกต่างของความคิดและอารมณ์ ให้สมาชิกฟังอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้สมาชิกคิดทบทวนว่าที่ตนรู้สึกเครียด อึดอัด และกลัว เป็นเพราะคิดอย่างไรกับสถานการณ์เหล่านั้น ซึ่งภายหลังการให้คำแนะนำพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งใดคือความคิดสิ่งใดคืออารมณ์ และสิ่งใดเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา จากนั้นจึงเชื่อมโยงเข้าสู่การวิเคราะห์สถานการณ์อาการหูแว่วที่เป็นสถานการณ์ตัวอย่าง ซึ่งสมาชิกสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสถานการณ์ที่กระตุ้นทำให้ชมพู่ไม่สบายใจคือ การได้ยินเสียงแว่วมาตำหนิว่าตนเป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ และสั่งให้ทำร้ายตนเอง ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ คือ 1) คิดคล้อยตามว่าสิ่งที่ได้ยินเป็นเรื่องจริง 2) คิดว่าเป็นเสียงของภูต ผี 3) คิดว่าตนเองตกอยู่ในอันตราย 4) คิดว่าต้องหนีไปให้พ้นๆ จากเสียงจึงจะดีขึ้น 5) คิดว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงที่คอยมารบกวน เป็นต้น ด้านอารมณ์หรือผลที่ตามมาคือ 1) เครียด 2) ซึมเศร้า เสียใจ 3) อยากทำร้ายตนเอง 4) วิตกกังวล กลัว และทุกข์ทรมานใจ เป็นต้น จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปสถานการณ์ความคิด/ความเชื่อ อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม ของสมาชิกแต่ละคนและเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบของแต่ละบุคคล ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา ซึ่งทำให้สมาชิกแต่ละคนมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ อารมณ์ และพฤติกรรมมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม และสนทนาเรื่องทั่วไป จากนั้นทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนการบ้านที่มอบหมายเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว
3. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีต่ออาการหูแว่วของสมาชิกแต่ละคนที่เกิดขึ้นตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นช่วยให้สมาชิกคลายความ

วิตกกังวล ก่อนเชื่อมโยงเข้าสู่การตรวจสอบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่ว

4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องความคิดทางบวกและความคิดทางลบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความคิดทางลบ และลักษณะความคิดทางลบ รวมทั้งชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของความคิดทางบวก การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบและการพัฒนาความคิดทางบวกให้เกิดขึ้นในตนเอง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้สำรวจความคิดด้านลบและด้านบวกของตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่วของตนอีกครั้ง โดยเขียนลงในแบบฟอร์มการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมแล้วนำมาอภิปรายร่วมกัน เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการแลกปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และรับรู้ปัญหาของเพื่อนสมาชิกในมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้สมาชิกกลุ่มเกิดความสนใจ และค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

6. ผู้นำกลุ่มช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของตน และส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวกและสมเหตุผลมากขึ้นโดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด

7. ผู้นำกลุ่มสรุปลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อสถานการณ์อาการหูแว่วของสมาชิกแต่ละคน จากนั้นมอบหมายการบ้านให้สมาชิกบันทึกอาการหูแว่ว และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีต่ออาการหูแว่วของตน เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความคิดด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่วของตนและเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ และพฤติกรรมให้เป็นในทางบวกมากขึ้น

8. ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่ม และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

เมื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์ สมาชิกกลุ่มสามารถบอกได้ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ดีเกิดเนื่องมาจากความคิดที่ไม่ดี เช่น รู้สึกเศร้า ถูกทอดทิ้ง ร้องไห้ฟูมฟาย ทำร้ายตนเอง เพราะคิดดูถูกตัวเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า จากนั้นผู้นำกลุ่มได้ทบทวนการบ้านเรื่องการสังเกตและบันทึกอาการหูแว่ว พบว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาสมาชิกบางรายมีอาการหูแว่วเท่าเดิม บางรายลดลง แต่ไม่พบมีสมาชิกที่มีอาการรุนแรงขึ้น และเมื่อสอบถามถึงการควบคุมตนเองและการฝึกคิดทางบวกเมื่อได้ยินเสียงแว่ว พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ควบคุมตนเองได้มากขึ้น บอกว่าการคิดในทางที่ดี

สอดคล้องกับความจริง ทำให้ตนเองทุกข์น้อยลง ยอมรับตัวเองได้มากขึ้นทั้งด้านที่ดีและไม่ดี แต่ก็พบมีบางรายที่บอกว่ายังควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ เผลอคิดและทำตามเสียงบ้าง แต่ไม่ได้ทำอะไรที่เป็นอันตราย และให้สัญญาว่าจะพยายามควบคุมตนเองให้มากขึ้น จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้เรื่องความคิดทางบวกและความคิดทางลบ ซึ่งช่วยให้สมาชิกเข้าใจและสามารถแยกแยะระหว่างความคิดทางบวกและความคิดทางลบของตนเองได้ โดยสามารถบอกลักษณะความคิดด้านลบของตนเอง เช่น มองโลกในแง่ร้าย คิดดูถูกตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีค่า คิดว่ามีคนจ้องจะทำร้าย คิดอิจฉาริษยา คิดทำร้ายตนเอง เป็นต้น การคิดทางบวก เช่น มองโลกในแง่ดี ไม่คิดดูถูกตัวเอง คิดว่าตนเองมีคุณค่า การให้อภัย การพอใจในสิ่งที่ตนเองมี เป็นต้น ในขั้นตอนของการฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบจากสถานการณ์อาการหูแว่วของตนเองและนำมาอภิปรายร่วมกัน พบมีสมาชิกบางรายเล่าว่าสถานการณ์ที่กระตุ้นทำให้ไม่สบายใจคือการได้ยินเสียงแว่วขู่จะทำร้าย ความคิดอัตโนมัติที่มีต่อเสียงแว่ว คือ คิดว่าเป็นเสียงของเพื่อนบ้าน คิดว่าเพื่อนบ้านไม่ชอบตน และคิดว่าสิ่งที่ได้ยินเป็นเรื่องจริง อารมณ์หรือผลที่ตามมาคือ โกรธ โมโห รำคาญ หงุดหงิด และหวาดระแวงกลัว บางรายบอกว่าสถานการณ์ที่กระตุ้นทำให้ไม่สบายใจคือ การได้ยินเสียงควบคุมและสั่งร่างกายให้ทำสิ่งต่างๆ ความคิดอัตโนมัติที่มีต่อเสียงแว่ว คือ เราไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เราช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อารมณ์หรือผลที่ตามมาคือ รู้สึกทุกข์ทรมาน ท้อแท้ และหวาดกลัว นอกจากนี้ยังพบสถานการณ์ที่กระตุ้นทำให้ไม่สบายใจคือการได้ยินเสียงแว่วพูดโต้ตอบเวลาที่คิดในใจ ความคิดอัตโนมัติคือ จะมีคนอื่นมาทำร้ายเราได้เพราะเขาล่วงรู้ความในใจของเรา ซึ่งเป็นความคิดเช่นนี้อาจนำมาซึ่งการหลงผิดได้ ส่วนอารมณ์หรือผลที่ตามมา คือ รู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น

จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงสรุปสถานการณ์ที่กระตุ้นทำให้ไม่สบายใจ ความคิดอัตโนมัติที่มีต่อเหตุการณ์ และอารมณ์/ผลที่ตามมาของสมาชิกแต่ละคน ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาของตนเองและของเพื่อนสมาชิกในมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้สมาชิกเกิดความสนใจและค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน จากนั้นจึงให้การช่วยเหลือสมาชิกในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่มีต่อเสียงแว่ว เช่น สมาชิกที่ได้ยินเสียงแว่วจะมาทำร้ายและคิดว่าต้องเป็นเสียงของเพื่อนบ้าน คิดว่าเพื่อนบ้านไม่ชอบตน โดยให้สมาชิกลองคิดพิจารณาหาหลักฐานหรือเหตุผลมาขัดแย้งความคิดความเชื่อเดิม เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไร เพื่อนบ้านเป็นคนอย่างไร และเขามีเหตุผลอะไรที่จะทำร้ายเรา เมื่อสมาชิกลองคิดทบทวนก็พบว่าไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลใดๆมาสนับสนุนว่าเขาจะทำร้ายตามที่ได้ยิน จึงทำให้รู้สึกสบายใจขึ้นและบอกว่าตนจะมีสติและใช้เหตุผลมากขึ้น ไม่คิดมาก นอกจากนี้ในส่วนของสมาชิกที่ได้ยินเสียงแว่วโต้ตอบเวลาคิดในใจ และคิดว่ามีคนล่วงรู้ความคิดในใจและจะมาทำร้ายตนเองได้

ผู้นำกลุ่มให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวด้วยการให้ความรู้และข้อเท็จจริงเรื่องความคิดว่า “ความคิดเป็นสิ่งที่ผู้คิดจะต้องพูดหรือแสดงออกมาจึงจะรู้ว่าคิดอะไรอยู่” และสะท้อนความจริงแก่ผู้ป่วยโดยให้สมาชิกคนอื่นๆ ช่วยยืนยันว่าไม่มีสมาชิกคนใดในห้องนี้ที่ล่วงรู้ความคิดของผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยหาหลักฐานมาขัดแย้งความคิด ความเชื่อเดิมของตน เช่น ขณะนี้ผู้ป่วยสามารถล่วงรู้ความคิดของพยาบาลหรือสมาชิกคนอื่นๆในห้องหรือไม่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยลองคิดทบทวนก็พบว่าไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลใดๆมาสนับสนุนว่าตนสามารถล่วงรู้ความคิดของคนอื่น ในทางเดียวกันผู้อื่นก็ไม่สามารถล่วงรู้ความคิดของตน จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง และบอกว่าตนดีใจและสบายใจที่มีทุกคนช่วยยืนยันและให้ความจริง ต่อไปนี้จะได้ไม่ต้องกลัวหรือคิดมากอีก เป็นต้น

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม และสนทนาเรื่องทั่วไป จากนั้นทบทวนการบ้านที่มอบหมายเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว

2. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีต่ออาการหูแว่วของสมาชิกแต่ละคนที่เกิดขึ้นตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นช่วยเหลือให้สมาชิกทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนที่มีต่ออาการหูแว่ว และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวกและสมเหตุผลมากขึ้น (รายละเอียดตามแบบฟอร์มการปรับเปลี่ยนความคิดของตนที่มีต่อเสียงแว่ว)

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว และวิธีการจัดการกับเสียงแว่วที่เคยใช้ และนำมาอภิปรายร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว และเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกในการนำวิธีการจัดการกับเสียงแว่วที่มีประสิทธิภาพไปใช้

4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ แก่สมาชิกกลุ่ม เช่น การยอมรับเสียงแว่วและเรียนรู้ที่จะอยู่กับเสียงแว่ว การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน การอ่านออกเสียงดังและสรุป การพูดคุยกับผู้อื่น การดูและฟังโทรทัศน์ การหากิจกรรมทำหรือช่วยเหลือผู้อื่นไม่ให้ อยู่ว่างๆ การฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง การพูดว่า “หยุด” และเรียก เสียงนั้น การพูดว่า “หยุด” และไล่เสียงนั้นออกไป ปฏิเสธเสียง

หรือไม่ทำตามสิ่งที่เสียงสั่ง การฮัมเพลง และเทคนิคการผ่อนคลาย จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และอธิบายเพิ่มเติม

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติการจัดการกับอาการหูแว่วตามกลยุทธ์ต่างๆ ที่ได้ให้ความรู้ไป (กลยุทธ์ละ 5-10 นาที)

6. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปและทบทวนเกี่ยวกับประเด็นความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการหูแว่ว และความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ จากนั้นมอบหมายการบ้าน

7. ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่ม และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการทบทวนการบ้านเรื่องการสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วสมาชิก พบว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาสมาชิกทุกคนมีอาการหูแว่วลดลงจากเดิมมาก และเมื่อสอบถามถึงการควบคุมตนเอง สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าตนควบคุมตนเองได้มากขึ้น ความรู้สึกทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลที่เคยมีลดลงจากเดิม สามารถทำกิจกรรมต่างๆ และนอนหลับได้มากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ยังควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ในสัปดาห์ที่แล้ว บอกว่าควบคุมตนเองได้มากขึ้น มีคิดตามเสียงบ้างบางครั้ง แต่ควบคุมตนเองไม่ให้ทำตามเสียงได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองเข้มแข็ง และมีสมาธิมากขึ้น จากนั้นในขั้นตอนการฝึกค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับเสียงแว่ว พบว่าสมาชิกสามารถค้นหาและเข้าใจความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อเสียงแว่วของตนมากขึ้น รู้ว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล และซึมเศร้า เช่น คิดว่าเสียงแว่วมีอำนาจควบคุมให้ทำสิ่งต่างๆ ถ้าไม่ทำจะเกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง, คิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมจัดการกับเสียงแว่วได้, คิดว่าอาการหูแว่วไม่สามารถรักษาได้, คิดว่าเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเรื่องจริง คิดว่าจะมีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นจริง, คิดคล้อยตามเสียงว่าเราเป็นคนไม่ดี ไม่มีคุณค่า เป็นต้น

จากนั้นผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวกที่เหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น โดยคิดหาข้อเท็จจริง เหตุผลหรือหลักฐานมาคัดค้านความเชื่อดังกล่าว เช่น คิดว่าเสียงที่ได้ยินเป็นอาการหูแว่ว ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นจริงเป็นอาการประสาทหลอนอย่างหนึ่ง, คิดว่าเสียงแว่วเป็นแค่เสียงไม่สามารถทำร้ายเราได้ ทำให้เราบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายไม่ได้ หากเกิดขึ้นนั่นเป็นเพราะตัวเราที่เป็นคนทำ เช่น เสียงทำให้มีดลอยขึ้นมาทำร้ายเราหรือคนอื่นๆ ได้หรือไม่ , คิดว่าเสียงจะทำอันตรายเราไม่ได้ถ้าเราสามารถควบคุมตัวเองและหาวิธีการจัดการกับเสียงได้อย่างเหมาะสม, คิดว่าอาการหูแว่วเป็นอาการทางจิตที่สามารถรักษาได้, คิดว่าเราเข้มแข็งกว่าเสียง เชื่อมั่นในตนเอง ให้กำลังใจและบอกกับตนเองว่า

เราสามารถควบคุมและจัดการกับเสียงได้, คิดในสิ่งที่ดี ทำสิ่งที่ดีก็จะไม่เกิดเรื่องร้ายๆ เป็นต้น เมื่อสมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบหรือหาเหตุผลอื่นมาแทนที่ความคิดเดิมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปผู้นำกลุ่มจึงสำรวจพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่ว และวิธีการจัดการกับเสียงแว่วที่เคยใช้ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่วด้วยการคิดและทำตามเสียงแว่วที่ได้ยิน เช่น คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี คิดว่าคนอื่นคิดร้ายกับตนเอง จนนำมาซึ่งการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายข้าวของในบ้านให้เสียหาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมพูดโต้ตอบเสียง ตะโกนด่าเสียง ด้านวิธีการจัดการกับเสียงแว่วพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีการจัดการกับเสียงแว่ว เวลาที่ได้ยินเสียงแว่วจึงมักรับประทานยาเพื่อให้นอนหลับ หรือบางรายใช้วิธีการเดินออกไปจากบ้าน หนีไปให้พ้นๆจากเสียง ซึ่งช่วยจัดการกับเสียงแว่วได้เพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่ามีสมาชิกบางรายใช้สารเสพติดในการจัดการกับเสียงแว่ว ได้แก่ บุหรี่ และสุรา เป็นต้น ซึ่งทำให้อาการหูแว่วรุนแรงขึ้น จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ ซึ่งสมาชิกให้ความสนใจในการรับฟังและมีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ เช่น ใช้หลายๆวิธีร่วมกันได้หรือไม่ ถ้าใช้วิธีที่พยาบาลแนะนำจะช่วยให้อาการหูแว่วหายไปหรือไม่ เป็นต้น นอกจากนี้ในช่วงของการฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆร่วมกัน พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือ และมีความตั้งใจในการฝึกฝนเป็นอย่างดี บอกว่าการทำกิจกรรมวันนี้ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ได้รับความรู้ และมีความมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งจะทดลองนำวิธีการต่างๆไปใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและสนทนาเรื่องทั่วไป จากนั้นทบทวนการบ้านและติดตามความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่มในการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วไปใช้ภายหลังการฝึก

2. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับผลลัพธ์ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่มจากการนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่วของตนอีกครั้ง จากนั้นผู้นำกลุ่มช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของตน และส่งเสริมให้สมาชิก

กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวกและสมเหตุผลมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด

4. ผู้นำกลุ่มทบทวนสาระสำคัญในประเด็นต่างๆที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ จากนั้นฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆร่วมกัน

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว เพื่อเป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหูแว่วและการจัดการกับอาการหูแว่ว

6. ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่ม และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการทบทวนการบ้านเกี่ยวกับการสังเกตและบันทึกอาการหูแว่ว พบว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาสมาชิกทุกคนมีอาการหูแว่วลดลงจากเดิมมาก มีสติ สามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น มีสมาธิ และวอกแวกน้อยลง รวมทั้งมีวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง จึงทำให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลที่เคยมีลดลงจากเดิม สามารถทำกิจกรรมต่างๆ และนอนหลับได้หงุดหงิดน้อยลง และเมื่อติดตามความก้าวหน้าของการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วไปใช้ในการจัดกับอาการหูแว่วที่บ้าน พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ใช้วิธีการไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หากิจกรรมทำ พูดคุยกับคนอื่น เทคนิคผ่อนคลาย การพูดว่าหยุด และไล่เสียง ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยบอกว่าใช้ได้ดีได้แก่ การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน การเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง การฟังเพลง การหากิจกรรมทำ การพูดคุยกับคนอื่น การพูดว่าหยุดและไล่เสียง และเทคนิคการผ่อนคลาย แต่พบมีบางรายที่ใช้วิธีการดูโทรทัศน์และฟังเพลงแล้วไม่ได้ผล อาการหูแว่วรุนแรงขึ้น เมื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าเรื่องราวต่างๆในโทรทัศน์มีความสัมพันธ์ คล้ายคลึงกับเรื่องราวของผู้ป่วย นอกจากนี้เพลงบางเพลงที่ฟังมีเนื้อหาเศร้า ทำให้คิดถึงเรื่องในอดีต การผิดหวังในความรัก ทำให้อาการหูแว่วมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจึงสรุปผลลัพธ์และปัญหาจากการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วไปใช้ให้สมาชิกฟังอีกครั้งและให้คำแนะนำเพิ่มเติมว่าการนำวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วต่างๆไปใช้ หากใช้วิธีการใดไม่ได้ผลควรหยุดและเปลี่ยนไปใช้วิธีการอื่น อีกทั้งในการฟังเพลงหรือดูโทรทัศน์ ไม่ควรเชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆที่ไม่ดีเข้ากับตนเองเพราะจะทำให้เกิดความคิดและความรู้สึกด้านลบตามมา สมาชิกกลุ่มควรมีสติและแยกแยะเรื่องราวตามความเป็นจริง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่วของตนอีกครั้ง พบว่าสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจและสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนที่มีต่อเสียงแว่วและสามารถปรับเปลี่ยนหรือหาเหตุผลอื่นมาแทนที่ความคิดเดิมได้อย่างเหมาะสม

จากนั้นผู้นำกลุ่มทบทวนสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยตั้งใจรับฟังและสามารถตอบคำถามได้ค่อนข้างครบถ้วน จากนั้นจึงฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆร่วมกัน พบว่าสมาชิกกลุ่มมีการเตรียมความพร้อม และมีทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการหูแว่วมากขึ้น เช่น มีการเตรียมเกร็ดความรู้จากหนังสือพิมพ์มาให้เพื่อนสมาชิกอ่าน รวมทั้งมีการเตรียมเนื้อหาสำหรับการพูดคุย เช่น การแนะนำตัว และการสอบถามเรื่องทั่วไปเช่น สีที่ชอบ อาหารที่ชอบ กีฬาที่ชอบ เป็นต้น และในช่วงของการฝึกปฏิบัติพบว่าสมาชิกแต่ละคนมีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติโดยผู้นำกลุ่มไม่ต้องกระตุ้นหรือกระตุ้นเพียงเล็กน้อยในบางราย

กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม และสนทนาเรื่องทั่วไป จากนั้นสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆทั้งในส่วนของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการบำบัดอาการหูแว่วตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การสำรวจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีต่อสถานการณ์หูแว่ว การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม สมเหตุผล สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งทบทวนความรู้และทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วตามกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมต่างๆที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และเกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมในเรื่องที่สมาชิกสนใจ
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนภายหลังเข้าร่วมกลุ่ม รวมทั้งประเมินผลการทำกิจกรรมร่วมกัน
4. ผู้นำกลุ่มทำการประเมินผลสมาชิกกลุ่มภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการให้สมาชิกกลุ่มทำแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

สมาชิกกลุ่มทุกคนให้ความสนใจในการรับฟังการสรุปสาระสำคัญ สามารถตอบได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด สาเหตุของโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเครียด ความวิตกกังวล สมองหลั่งสารเคมีมากเกินไป วิธีการรักษาคือต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยา หรือปรับยาเอง ต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของ

แพทย์ และมาตรวจตามนัด ในส่วนของอาการหูแว่วสมาชิกกลุ่มสามารถบอกได้ว่าอาการหูแว่วเป็นอาการประสาทหลอนสามารถรักษาได้ เป็นการได้ยินเสียงโดยที่ไม่เห็นตัวคนพูด เสียงที่ได้ยินไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นจริง อาการหูแว่วสามารถควบคุมและจัดการได้ และในส่วนของการปรับความคิดและพฤติกรรม สมาชิกสามารถบอกได้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น เครียด วิตกกังวล ทุกข์ทรมาน นั้นเกิดจากความคิดด้านลบ การคิดในสิ่งที่ไม่ดี เช่น คิดดูถูกตัวเอง คิดว่าตัวเองไร้ค่า คิดว่ามีคนจ้องจะทำร้าย คิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมและจัดการกับอาการหูแว่วได้ คิดว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเรื่องจริง และจะเกิดเรื่องร้ายๆจริง และคิดว่าเสียงแว่วเป็นเสียงของภูต ผี มีอำนาจควบคุมให้ทำสิ่งต่างๆ ถ้าไม่ทำจะเกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง เป็นต้น หากสามารถปรับเปลี่ยนความคิด มองโลกในแง่ดี มองตัวเองในแง่ดี มองทุกอย่างตามความเป็นจริง ก็จะทำให้ความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ในส่วนของกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่ว สมาชิกสามารถยกตัวอย่างวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ ได้จนครบ

และเมื่อให้สมาชิกแต่ละคนประเมินความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของตนเองเกี่ยวกับอาการหูแว่ว พบว่า สมาชิกยอมรับอาการหูแว่วของตน บอกว่าตนเองมีอาการหูแว่วลดลง เมื่อได้ยินเสียงแว่วก็มีสติ สามารถควบคุมตัวเองและจัดการกับอาการหูแว่วได้มากขึ้น โดยใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่ววิธีต่างๆ ซึ่งพบว่าบางคนก็ใช้เพียง 1 วิธี บางคนก็ใช้หลายๆ วิธีรวมกัน วิธีที่ใช้กันมาก ได้แก่ เทคนิคการจัดการด้านความคิด เช่น การยอมรับเสียงแว่วและปรับตัว การไม่สนใจเสียง และเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรม เช่น การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง การฟังเพลง การหากิจกรรมทำ การพูดคุยกับคนอื่น การพูดว่าหยุดและไล่เสียง เป็นต้น และก่อนสิ้นสุดกิจกรรมผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มประเมินผลการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าประโยชน์ที่ตนเองได้รับ จากการเข้าร่วมกิจกรรม คือ 1) ได้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่วมากขึ้น 2) เมื่อมีอาการหูแว่วสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น 3) ช่วยให้ความรู้สึกทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลลดลง 4) มีแนวทางในการจัดกับอาการหูแว่วมากขึ้น 5) ช่วยให้คลายเครียดเนื่องจากได้เล่าระบายปัญหาและความรู้สึกของตนออกมา 6) ได้ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นทางบวก ซึ่งจากเดิมที่ตนเองแทบไม่มีความคิดด้านบวกเลย 7) ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และ 8) ได้รับความเพลิดเพลิน

สรุป นอกจากนี้ยังพบสมาชิกบางรายสามารถนำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ถ้าคิดว่าการที่แม่ด่าว่าตนเอง เป็นเพราะแม่เกลียดเรา เราจะรู้สึกทุกข์ใจ แต่ถ้าคิดว่าการที่แม่ด่าว่าเป็นเพราะแม่รักและเป็นห่วง อยากให้เราเป็นคนดี เราจะรู้สึกสบายใจขึ้น, ถ้าคิดว่าการเดินบิณฑบาตรเป็นภาระ เหน็ดเหนื่อยจะทำให้รู้สึกทุกข์ใจ แต่ถ้าคิดว่าการเดินบิณฑบาตรเป็นการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงจะไม่รู้สึกทุกข์ใจ เป็นต้น

การกำกับทดลอง

ในระหว่างการดำเนินการวิจัย มีการกำกับการทดลองด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว จำนวน 15 ข้อ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งถ้าคะแนนที่ได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะทำความเข้าใจร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังบกพร่อง จากนั้นจึงทำการประเมินผลซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ซึ่งรายงานผลการกำกับการทดลองดังตารางที่ 2

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการกำกับการทดลอง

ลำดับที่	คะแนนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว		ผลการประเมิน (ร้อยละ)
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านเกณฑ์)	
1	12	-	80.00
2	13	-	86.67
3	10	13	86.67
4	14	-	93.33
5	14	-	93.33
6	12	-	80.00
7	15	-	100.00
8	8	12	80.00
9	11	13	86.67
10	10	12	80.00
11	15	-	100.00
12	14	-	93.33
13	7	12	80.00
14	13	-	86.67
15	14	-	93.33
16	12	-	80.00
17	15	-	100.00
18	15	-	100.00
19	14	-	93.33
20	13	-	86.67

จากตารางที่ 2 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ราย ที่มีคะแนนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 80 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วและการจัดการกับอาการหูแว่วเพิ่มเติมในข้อที่ผู้ป่วยยังพร่องความเข้าใจ

และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยภายหลังสิ้นสุดการกำกับการทดลองและได้ติดตามประเมินผลซ้ำหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วชุดเดิม พบว่า ผู้ป่วยสามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่วก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรม

หลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินการรับรู้อาการหูแว่วภายหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 7 หรือ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมผู้วิจัย ด้านความรู้และทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่
   - 2.1 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
   - 2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
   - 2.3 แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว
   - 2.4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว
3. เตรียมสถานที่ ขอความร่วมมือผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง
   - 4.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่
   - 4.2 ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมและการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง
   - 4.3 กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

<u>กลุ่มทดลอง</u>

จะได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ดังนี้

กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม และช่วยเหลือสมาชิกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 สรุปและประเมินผล

<u>กลุ่มควบคุม</u>

กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และแนวทางการควบคุมและจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติตนที่เหมาะสมด้านการรับประทานยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการ การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหูแว่ว และการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในรายที่มีข้อสงสัย และติดตามต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

กำกับการทดลอง โดยวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (ในสัปดาห์ที่ 6)

ขั้นสรุปผลการทดลอง (ในสัปดาห์ที่ 7) โดยวัดการรับรู้อาการหูแว่วภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย คำนวณหาค่าความถี่ และร้อยละ

2. คะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. คะแนนการรับรู้อาการหูแว่วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มและเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบายและนำเสนอดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	55	13	65
หญิง	9	45	7	35
อายุ				
20-29 ปี	2	10	5	25
30-39 ปี	11	55	7	35
40-49 ปี	6	30	6	30
50-59 ปี	1	5	2	10
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	0	0
ประถมศึกษา	6	30	5	25
มัธยมศึกษา	11	55	10	50
อนุปริญญาตรี	1	5	2	10
ปริญญาตรี	2	10	3	15
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0

จากตารางที่ 3 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 65 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีมากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี และในด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 50 ตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับชั้นประถมศึกษา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	60	9	45
รับราชการ	1	5	1	5
รัฐวิสาหกิจ	0	0	0	0
ค้าขาย	2	10	3	15
รับจ้าง	3	15	6	30
เกษตรกรรม	2	10	0	0
อื่นๆ เช่น เก็บของเก่าขาย	0	0	1	5
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	7	35	11	55
6 – 10 ปี	4	20	1	5
11 – 15 ปี	1	5	0	0
16 – 20 ปี	6	30	5	25
20 ปีขึ้นไป	2	10	3	15
ระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	11	55	13	65
6 – 10 ปี	3	15	2	10
11 – 15 ปี	1	5	0	0
16 – 20 ปี	4	20	3	15
20 ปีขึ้นไป	1	5	2	10

จากตารางที่ 4 พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 45 ตามลำดับ ด้านระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วย

โรคจิตเภทและระยะเวลาที่มีอาการหูแว่วพบว่าอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ 16-20 ปี

ตอนที่ 2 **เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ตารางที่ 5 คะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	33.00	36.00	31.00	25.00
2	33.00	34.00	34.00	26.00
3	41.00	44.00	39.00	29.00
4	27.00	26.00	35.00	21.00
5	31.00	32.00	35.00	23.00
6	29.00	33.00	37.00	21.00
7	27.00	34.00	25.00	20.00
8	29.00	31.00	28.00	24.00
9	35.00	35.00	39.00	20.00
10	31.00	35.00	37.00	22.00
11	40.00	41.00	40.00	25.00
12	34.00	37.00	35.00	21.00
13	39.00	40.00	40.00	24.00
14	31.00	35.00	33.00	22.00
15	33.00	37.00	33.00	30.00
16	33.00	37.00	32.00	20.00
17	31.00	39.00	35.00	24.00
18	41.00	41.00	41.00	25.00
19	33.00	36.00	35.00	25.00
20	31.00	36.00	31.00	0.00

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าภายหลังได้รับการดูแลตามปกติผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน มีคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 17 คน ลดลง 1 คน และเท่าเดิม 2 คน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม พบว่า มีคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วลดลงทั้ง 20 คน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (Paired t-test)

การรับรู้อาการหูแว่ว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
1. ความถี่ของเสียงแว่ว	3.20	1.361	1.80	0.951	3.770*
2. ความดังของเสียงแว่ว	3.35	1.268	2.50	1.395	2.016
3. ความชัดเจนของเสียงแว่ว	3.85	1.040	3.20	1.281	1.761
4. ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน	3.75	0.850	3.05	0.887	2.547*
5. การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว	3.35	0.813	1.60	0.754	7.060*
6. การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ	3.65	1.309	1.90	0.968	4.808*
7. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง	3.25	0.639	2.15	1.040	4.031*
8. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว	3.25	0.967	2.05	0.887	4.091*
9. ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว	3.35	1.040	2.00	0.795	4.613*
10. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว	3.75	0.786	2.10	0.852	6.363*
รวม	34.75	4.128	22.35	5.958	8.905*

*p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วเกือบทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ .05 ยกเว้นด้านความดังของเสียงแว่วและความชัดเจนของเสียงแว่วที่ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ข้อ 2 และ 3)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

การรับรู้อาการหูแว่ว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
1. ความถี่ของเสียงแว่ว	3.05	1.538	3.35	1.309	-0.664
2. ความดังของเสียงแว่ว	3.00	0.649	3.10	0.553	-0.525
3. ความชัดเจนของเสียงแว่ว	3.80	1.005	4.15	0.933	-1.141
4. ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน	3.60	0.598	4.05	0.510	-2.559*
5. การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว	3.30	0.733	3.55	0.686	-1.114
6. การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ	2.85	1.040	3.45	0.759	-2.084*
7. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง	3.40	0.821	3.65	0.671	-1.055
8. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว	3.35	0.745	3.50	0.688	-0.661
9. ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว	3.30	0.923	3.65	0.671	-1.371
10. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว	3.45	0.686	3.50	0.607	-0.244
รวม	33.10	4.241	35.95	3.993	-5.540*

*p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้อาการหูแว่วรวมทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติมากกว่าก่อนได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วด้านลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน และการทำให้วอกแวก เสียสมาธิ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ข้อ 4 และ 6)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้านก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Independent t-test)

การรับรู้อาการหูแว่ว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
1. ความถี่ของเสียงแว่ว	3.05	1.538	3.20	1.361	-0.327
2. ความดังของเสียงแว่ว	3.00	0.649	3.35	1.268	-1.099
3. ความชัดเจนของเสียงแว่ว	3.80	1.005	3.85	1.040	-0.155
4. ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน	3.60	0.598	3.75	0.850	-0.645
5. การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว	3.30	0.733	3.35	0.813	-0.204
6. การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ	2.85	1.040	3.65	1.309	-2.140*
7. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง	3.40	0.821	3.25	0.639	0.645
8. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว	3.35	0.745	3.25	0.967	0.366
9. ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว	3.30	0.923	3.35	1.040	-0.161
10. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว	3.45	0.686	3.75	0.786	-1.285
รวม	33.10	4.241	34.75	4.128	-1.247

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้อาการหูแว่วก่อนการทดลองรวมทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่พบมีบางด้านคือ ด้านการทำให้วอกแวก เสียสมาธิ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ข้อ 6)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านและรายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Independent t-test)

การรับรู้อาการหูแว่ว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
1. ความถี่ของเสียงแว่ว	3.35	1.309	1.80	0.951	4.284*
2. ความดังของเสียงแว่ว	3.10	0.553	2.50	1.395	1.788
3. ความชัดเจนของเสียงแว่ว	4.15	0.933	3.20	1.281	2.680*
4. ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน	4.05	0.510	3.05	0.887	4.370*
5. การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว	3.55	0.686	1.60	0.754	8.553*
6. การทำให้วอกแวก เสียสมาธิ	3.45	0.759	1.90	0.968	5.635*
7. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง	3.65	0.671	2.15	1.040	5.420*
8. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว	3.50	0.688	2.05	0.887	5.776*
9. ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว	3.65	0.671	2.00	0.795	7.095*
10. เสียงแว่วรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว	3.50	0.607	2.10	0.852	5.984*
รวม	35.95	3.993	22.35	5.958	8.480*

*p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้อาการหูแว่วภายหลังการทดลองรวมทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการหูแว่วเกือบทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ยกเว้นการรับรู้อาการหูแว่วด้านความดังของเสียงแว่วที่ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ข้อ 2)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

2. การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในการคัดเลือกโรงพยาบาลราชบุรีเป็นสถานที่ทำการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี และจับคู่ (Matched pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามคะแนนอาการประสาทหลอนทางหู เพื่อคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางหูในระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 40 คน โดยจับเป็นคู่ๆ เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck ซึ่ง Lewis และคณะ, (2002) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการทางจิตด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โครงสร้างกิจกรรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้ความรู้ศึกษาเรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 ฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากสถานการณ์อาการหูแว่ว และช่วยเหลือสมาชิกในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวกมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าภายหลังนำกลยุทธ์ต่างๆไปใช้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวนทักษะ และประเมินผล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนาจาก Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ของ Buccheri และคณะ (2004) ซึ่งข้อคำถามได้ปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่เน้นสาระสำคัญของการรับรู้อาการหูแว่ว ดังนี้ 1) ความถี่ของเสียงแว่ว 2) ความดังของเสียงแว่ว 3) ความชัดเจนของเสียงแว่ว 4) ลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน 5) การรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว 6) การทำให้วอกแวกเสียสมาธิ 7) การรบกวนความสามารถในการควบคุมตนเอง 8) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก

เสียงแว่ว 9) ความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว และ10) การรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว โดยลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ 1.0 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้เท่ากับ 0.89

3) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะอาการหูแว่ว สาเหตุ การบำบัดรักษา และการจัดการกับอาการหูแว่ว ตามแนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 13 ข้อ และคำถามด้านลบ 2 ข้อ คำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้เท่ากับ 0.70

การดำเนินการทดลอง

1. **ระยะเตรียมการทดลอง** ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ในการเตรียมตัวผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ จากนั้นทำหนังสือขอความร่วมมือจากกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการทดลอง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงความแตกต่างในรูปแบบของการบำบัดแต่ละกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายขั้นตอนการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

2. **ระยะดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องประชุม กลุ่มงานจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ดำเนินการทดลองกลุ่มในวันจันทร์ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 – 10.00 น. ตั้งแต่วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2553 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกประกอบด้วย การซักประวัติและคัดกรองของพยาบาลจิตเวชที่จุดคัดกรอง

ควบคู่กับการตรวจประเมินสภาพจิตของแพทย์ เพื่อประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการหูแว่ว จากนั้นแพทย์จะวินิจฉัยและพิจารณาสั่งการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับความรู้และคำแนะนำก่อนกลับบ้านจากพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับอาการหูแว่ว การสังเกตอาการ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหูแว่ว

การกำกับการทดลอง

กำกับการทดลองด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว จำนวน 15 ข้อ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งถ้าคะแนนที่ได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะทำความเข้าใจร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังบกพร่อง จากนั้นจึงทำการประเมินผลซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่วก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรม

หลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินการรับรู้อาการหูแว่วภายหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 7 หรือ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย คำนวณหาค่าความถี่ และร้อยละ

2. คะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. คะแนนการรับรู้อาการหูแว่วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการหูแว่ว ($\overline{X}$ = 22.35) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ($\overline{X}$ = 34.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการหูแว่ว ($\overline{X}$ = 22.35) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\overline{X}$ = 35.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีการรับรู้อาการหูแว่วน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีการรับรู้อาการหูแว่วน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีการรับรู้อาการหูแว่วน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีผลต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อาการหูแว่วลดลง และเมื่อพิจารณาการรับรู้อาการหูแว่วเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อาการหูแว่วลดลงเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรับรู้อำนาจเสียงและการรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว โดยพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้อำนาจของเสียงในการควบคุมให้คิดหรือทำตามเสียงลดลง สามารถแยกแยะได้ว่าเสียงที่ได้ยินเป็นอาการหูแว่ว เป็นการรับรู้ที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง สามารถปฏิเสธ

และไม่ทำตามเสียงได้ ส่วนด้านการรบกวนความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่ว พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการกับเสียงแว่วได้ดีขึ้นจากเดิม สามารถนำเอากลยุทธ์การจัดการกับเสียงแว่วที่เป็นเทคนิคการจัดการด้านความคิดและเทคนิคการปรับด้านพฤติกรรมวิธีต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เช่น การไม่สนใจเสียง การยอมรับและเรียนรู้ที่จะปรับตัวอยู่กับเสียงแว่ว การฟังเพลง การฮัมเพลง การดูทีวี การหากิจกรรมทำ การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ การพูดว่าหยุด ไล่เสียง ไม่ทำตามเสียง และเทคนิคการผ่อนคลาย

จะเห็นได้ว่าการรับรู้อำนาจเสียงแว่วที่ลดลง และการรับรู้ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองมากขึ้น การทำให้วอกแวก เสียสมาธิจากเสียงแว่วลดลง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลให้การรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยด้านความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว และความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่วลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lewis และคณะ (2002) ที่สนับสนุนว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและจัดการกับเสียงแว่ว ซึ่งส่งผลให้อาการหูแว่วและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง ส่วนการรับรู้อาการหูแว่วด้านความดังของเสียงแว่วและความชัดเจนของเสียงแว่วพบว่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากความดังและความชัดเจนเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่พบว่ามีความแตกต่างกันและไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน (Garrett & Silva, 2003)

และในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาการรับรู้อาการหูแว่วก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าภายหลังได้รับการดูแลตามปกติผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ภายหลังได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 17 คน ลดลง 1 คน และเท่าเดิม 2 คน ซึ่งการที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมรายงานว่าสาเหตุที่ทำให้มีอาการหูแว่วเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความยากจน การตกงาน สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล จึงทำให้มีอาการหูแว่วมากขึ้น และเมื่อพิจารณาการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมเป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อาการหูแว่วด้านลักษณะน้ำเสียงที่รบกวน และการทำให้วอกแวก เสียสมาธิมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตที่ .05 โดยผู้ป่วยรายงานว่าเมื่อตนเองรู้สึกเครียด อาการหูแว่วจะรุนแรงขึ้น ลักษณะน้ำเสียงที่ได้ยิน รบกวนสร้างความทุกข์ทรมานมากขึ้น ทำให้วอกแวก เสียสมาธิ จนไม่สามารถทำอะไรได้ ซึ่งกระทบกระเทือน

ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านการทำกิจกรรมต่างๆ และการพักผ่อนนอนหลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและทุกข์ทรมานมากขึ้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้จากผลของโปรแกรมการบำบัดทางคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น อีกทั้งในขั้นตอนของการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสมมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงความสำคัญและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือนให้กลายเป็นมุมมองที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย (Nayani & David, 1996) และความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Tait et al., 2004; Birchwood and Chadwick, 1997) รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องรูปแบบความคิดที่ผิดปกติ 3 รูปแบบ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดที่บิดเบือน และแบบแผนความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอ่านของตนเองที่เป็นจุดอ่อน และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยน นอกจากนี้ในส่วนของการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่ว ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่วของตนและเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่บิดเบือนที่มีต่อเสียงแว่ว ให้เป็นความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งส่งผลให้ความรู้สึกวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานลดลง ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจเสียง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการจัดการกับอาการหูแว่วมีผลต่อการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (Birchwood and Chadwick, 1997; Wykes et al., 1999) โดยพบมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าบุคคลที่จะสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเข้มแข็งกว่าเสียงแว่วที่ได้ยิน จึงจะทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับเสียงแว่วได้อย่างเหมาะสม (Brier & Strauss, 1983 cited in Buccheri et al., 1996) นอกจากนี้ในส่วนของการปรับด้านพฤติกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่วที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่ววิธีต่างๆ ไปประยุกต์ในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stuart & Lariaia, 2005)

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อาการหูแว่วลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นไปในทางบวกมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมและจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้อาการหูแว่วไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีผลต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีการรับรู้อาการหูแว่วลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณาการรับรู้อาการหูแว่วเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีการรรับรู้อาการหูแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรับรู้อำนาจของเสียงแว่ว และความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่ว โดยด้านการรับรู้อำนาจของเสียงแว่วพบว่า ผู้ป่วยรับรู้อำนาจของเสียงลดลง สามารถปรับเปลี่ยนความคิดจากเดิมที่ว่า เสียงมีอำนาจมาควบคุมชีวิตเราให้ทำตาม ให้คิดตาม ควบคุมตัวเองไม่ได้เลย รู้แต่ว่าต้องทำตามหรือคิดตามที่เสียงสั่ง ไม่อย่างนั้นเสียงจะทำให้เราแย่ลง เราจะทุกข์ทรมานมากขึ้น แต่ตอนนี้ผู้ป่วยสามารถคิดได้ว่าเสียงที่ได้ยินคือเสียงแว่วเป็นอาการประสาทหลอน ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นจริง เสียงไม่สามารถทำอันตรายเราได้ ที่เราทุกข์ใจ หวาดกลัว ก็เพราะว่าเราคิดตาม เราแยกไม่ได้ว่าสิ่งที่ได้ยินเป็นเรื่องจริงหรือไม่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้อำนาจของเสียงลดลงย่อมส่งผลให้การรับรู้อาการหูแว่วด้านความรู้สึกวิตกกังวลจากเสียงแว่วและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและจัดการกับอาการหูแว่วเพิ่มขึ้น เมื่อมีอาการหูแว่วสามารถตอบสนองต่อเสียงแว่วได้อย่างเหมาะสมด้วยการนำกลยุทธ์การจัดการกับเสียงแว่วไปใช้ ซึ่งช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงแว่วได้อย่างดี ส่งผลให้การรับรู้ด้านการทำให้วอกแวก เสียสมาธิลดลง จากเดิมที่ไม่สามารถทำอะไรได้เลย ต้องทานยาแล้วนอน ก็สามารถเพิกเฉยต่อเสียงและทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wykes และคณะ (1999) และ Penn และคณะ (2009) ที่สนับสนุนว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการหูแว่วมีประสิทธิภาพในทางคลินิก ช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียง ลดการรับรู้อำนาจเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุม

ตนเอง ซึ่งช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว อีกทั้งเพิ่มการตระหนักรู้ในรายที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการทางจิตด้านบวกของ Lewis และคณะ (2002) ที่พบว่า ช่วยลดอาการทางจิตด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู คือ ช่วยลดความคิดด้านลบเกี่ยวกับเสียงลดการรับรู้อำนาจเสียง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งส่งผลให้อาการหูแว่วและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง

จากผลการวิจัยดังกล่าว อธิบายได้จากการดำเนินการบำบัดตามขั้นตอนของแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น 6 กิจกรรม โดยสามารถสรุปและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นในการบำบัดในครั้งนี้ได้ว่า

1) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการหูแว่ว รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และยอมรับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง อันจะนำมาซึ่งการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับโรคจิตเภทและอาการหูแว่วได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากอาการหูแว่วเป็นอาการทางจิตที่เรื้อรัง หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับอาการผิดปกตินี้ได้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและสูญเสียการควบคุมตนเอง ซึ่งสาเหตุสำคัญของความรู้สึกทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลในระดับสูง คือ การมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเสียง

2) ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เช่น ความคิดวิตกกังวล คิดโทษตัวเอง คิดเสียใจกับเรื่องที่ผ่านไปแล้ว คิดด้านลบต่อตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า เป็นต้น รวมทั้งสามารถหาข้อมูลมาคัดค้านความคิดความเชื่อเดิม และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมมากกว่าวิธีการคิดแบบเดิม

3) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อในด้านลบเกี่ยวกับเสียงแว่วที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดในทางบวกและสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น คือ การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้อำนาจของเสียงแว่วลดลง และรับรู้ความสามารถของตนในควบคุมตนเองและจัดการกับเสียงแว่วได้มากขึ้น กล่าวคือการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเข้มแข็งกว่าเสียงแว่ว ตระหนักรู้และเข้าใจว่าเสียงที่ได้ยินไม่ใช่เสียงที่เกิดขึ้นจริง เป็นอาการประสาทหลอนอย่างหนึ่งที่สามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตนเอง

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่วที่ไม่เหมาะสมให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม กล่าวคือเมื่อเผชิญกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยสามารถนำกลยุทธ์การ

จัดการกับอาการหูแว่วที่เป็นการเทคนิคการจัดการด้านความคิดและการปรับด้านพฤติกรรมมาใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อาการหูแว่วในด้านต่างๆลดลง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านความคิดความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้อาการหูแว่ว กล่าวคือ การรับรู้อาการหูแว่วในด้านต่างๆ ส่งผลให้เกิดประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจและไม่น่าพึงพอใจทั้งในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม หากผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อำนาจเสียงแว่วมาก แต่รับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองและจัดการกับเสียงแว่วน้อย ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่วด้วยการคิดคล้อยตามเสียงหรือทำตามเสียง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือแสดงพฤติกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ และในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยมีการรับรู้อาการหูแว่วที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมทั้งในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วที่บิดเบือนให้เป็นความคิด ความเชื่อที่ถูกต้อง และเป็นไปในทางบวกมากขึ้น ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการแปลความเกี่ยวกับเสียงที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้ความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลจากเสียงแว่วลดลง ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มไปใช้ในการบำบัด ผู้ใช้จะต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมและฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ นอกจากนี้ผู้ใช้จะมีการฝึกฝนเพื่อให้เกิดประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2. ในการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ผู้ใช้ควรมีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้โปรแกรมที่นำไปใช้เกิดประสิทธิภาพในด้านการบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มควรมีการติดตามผลระยะยาวภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทุก 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อเป็นการประเมินความคงอยู่ของประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในระยะยาวต่อการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการหูแว่ว ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการหูแว่ว เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มต่างๆ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กุณฑ์ชลี เพียรทอง. (2547). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการโครงการประชุมวิชาการ (2551). **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในยุคปฏิรูปสุขภาพ รุ่นที่ 3 (ระหว่างวันที่ 19-21 มีนาคม 2551)**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

จันทิมา องค์โฆษิต. (2545). **จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป**. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. **วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 13(ม.ค.-มิ.ย.): 1-13.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ดวงแก้ว รอดอ่อง. (2547). **การจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. (2544). **จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. ขอนแก่น : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธิดารัตน์ คณึงเพียร. (2548). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงคราญ ผาสุก. (2539). **หลักการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุพรการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). **การวิจัย การวัด และการประเมินผล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.

มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลองดิษยวณิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่ : แสงศิลป์การพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2544). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สวิชาญการพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู, ภาวิณี สถาพรธีระ, ประพัตรา จันธนะสมบัติ และนริสา วงศ์พนารักษ์. (2546). **การบริการสุขภาพจิตชุมชน: การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท**. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว

สันติชัย ฉ่ำชื่นจิตร. [ออนไลน์] 2552. **ผัสสะและการรับรู้**. แหล่งที่มา http:// www.mahidol/ra/rape/percept.html.[20 สิงหาคม 2552]

สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). **ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุขภาพจิต, กรม. (2549). **รายงานจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สุขภาพจิต, กรม. (2550). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2550**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สุขภาพจิต, กรม. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2547). **เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. (ม.ป.ท.)

สุชาติ พหลพลภาคย์. (2544). **จิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

สุดสบาย จุลกทัพพะ เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา และจริยา จันตระ. (2542). **อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลศิริราช**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44(2) : 99-109.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : ธนาเพรสการพิมพ์

อัจฉรา มุ่งพานิช. (2549). **กรณีศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพวรรณ ศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร.

ภาษาอังกฤษ

Adolfo, J.C., Jose, M.G., Manuel, L.L., and Juan, J.O. (2003). Social and Personality Variable Related the Origin of Auditory Hallucination. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**. 3(2): 195-208.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnosis and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, D C : American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2000). **Practice guideline for the treatment of Psychiatric disorder compendium 2000**. Washington, D C : American Psychiatric Press.

Assad, G. & Shapiro, B. (1986). Hallucination : Theoretical and clinical overview. **American Journal of Psychiatry**. 143(9): 1088-1097.

Badcock, J.C. (2008). The Cognitive Neuropsychology of Auditory Hallucinations : A Parallel Auditory Framework. **Schizophrenia Bulletin**. 128: 1-8.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of Depression**. New York : The Guilford Press.

Beebe, L.H. (2001). Community Nursing Support for Clients With Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 15(5): 214.

Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices : testing the validity of a cognitive model. **Psychological Medicine**. 27: 1345-1355.

Buccheri, R., Trystad, L., Kanas, N., Waldron, B., & Dowling, G. (1996). Auditory hallucinations in schizophrenia : Group experience in examination symptom management and behavioral strategies. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health service.** 34(2): 12-26.

Buccheri, R., Trystad, L., Kanas, N., & Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia : Result of 1-year follow-up. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health service.** 35(12): 20-28.

Buccheri, R., Trystad, L., Dowling, G., Hopkins, R., White, K. et al. (2004). Long – term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucination. **Journal of Psychosocial Nursing.** 42(1): 19-27.

Burn, N., & Grove, S.K. (2001). **The practice of nursing research : Conduct, Critique & Utilization**. Philadelphia : W.B. Saunders.

Close, H., & Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. **British Journal of Clinical Psychology**. 37(2): 173-188.

Davies, M.F., Griffin, M., & Vices, S. (2001). Affective reactions to auditory hallucination in psychiatric. **British Journal of Clinical Psychology**. 40(4): 361-370.

Delespual, P. & Vanos, J. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in dialy life. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**. 37(3): 97-104.

England, M. (2005). Mediation of the relationship between inner voice experience and health-related quality of life. **Perspectives in Psychiatric Care**. 40(1): 22-33.

Fontaine, K.L. (2003). **Mental Health Nursing**. 5th ed. Prentice Hall : Pearson Education Inc.

Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., and Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of positive symptoms of psychosis. **Psychological Medicine**. 31(2): 189-195.

Garrett, M. & Silva, R. (2003). Auditory Hallucinations, Source Monitoring, and the Belief that “Voices” are real. **Schizophrenia Bulletin**. 29(3): 445-457.

Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J. et al. (2001). An exploration of evolved mental mechanism For dominant and subordinate behavior in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thought in depression. **Psychological Medicine**. 31(6): 1117-1127.

Haddock, G., Morrison, A.P., Hopkins, R., Lewis, S., & Tarrier, N. (1998). Individual cognitive behavioral interventions in early psychosis. **British Journal of Psychiatry**. 172(33): 101-106.

Heinssen, R.K., Liberman, R.P., & Kopelwiez, A. (2000). Psychosocial skill training for schizophrenia: Lesson from the laboratory. **Schizophrenia Bulletin**. 26(2): 21-26.

Holowka, D.W., King, S., Saheb, D., Pukall, M., & Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult. **Schizophrenia Research**. 60(1): 87-90.

Husting, H.H., and Hafner, R.J. (1990). Persistent auditory hallucination and their relationship to delusion and mood. **Journal Nervous Mental disease**. 178(8): 246-267.

Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (2000). **Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences and clinical Psychiatry**. 8th ed. Baltimore: William and Wilkins.

Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (2003). **Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences and clinical Psychiatry**. 9th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.

Kasai, K., Iwanami, A., Yamasue, H., Kuroki, N., Nakagome, K., & Fukada, M. (2002). Neuroanatomy and neurophysiology in schizophrenia. **Neuroscience Research**. 43(1): 93-110.

Kurtz, M.M. (2003). Neurocognitive Rehabilitation for schizophrenia. **Current Psychiatry Reports**. 5: 303-310.

Lakeman, R. (2001). Making sense of the voices. **International Journal of Nursing Studies**. 38(4): 523-531.

Lee, T.M., Chong, S.A., Chan, Y.H., & Sathyadevan, A. (2004). Command hallucinations among Asian patients with schizophrenia. **Journal of psychiatry**. 49(5): 838-843.

Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., et al. (2002). Randomised control trial of cognitive behavior therapy in early Schizophrenia : acute-phase outcomes. **British Journal of Psychiatry**. 184: 312-320.

Lysaker, P.H., Wright, D.E., Clements, C.A., and Plascak- Hailberge, C.D. (2002). Neurocognitive and Psychosocial correlates of Hostility among person in a Post-Acute phase of Schizophrenia spectrum disorders. **Comprehensive Psychiatry**. 43(4): 319-324.

Moller, M.D. and Murphy, M.F. (2001). **Neurobiological response and schizophrenia and psychotic disorder**. St. Louis : Missouri

Morrison, A.P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder and non-patient controls. **Behavior research and therapy**. 41(2): 251-256.

Nayani, T.H. & David, A.S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. **Psychological Medicine**. 26(14): 177-189.

Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monk, P., Shergill, S., & Wykes, T. (2005). Early Psychological Intervention for Auditory Hallucinations: An Exploratory Study of Young People's Voices Groups. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 193(1): 58-61.

Penn, D.L., Meyer, P.S., Evans, E., Wirth, R.J., Cai, K., Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy VS. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. **Schizophrenia Research**. 109: 52-59.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). **Nursing Research : Principle & Methods**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

Read, J. & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions and thought disorders amoung adult psychiatric in-patients with a history of child abuse. **Psychiatric services**. 50(11): 1467-1472.

Romme, M. (1996). **Understanding voices : Coping with auditory hallucination and confusing realities**. Limburg, Halland : Rijksuniversitiet Maastricht.

Seal, M.L., Aleman, A., McGuire, P.K. (2004). Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: Neurocognitive model of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. **Cognitive Neuropsychiatry**. 9(1): 62-67.

Shergill, S.S., Brammer. M.J., Williams, S.C., Murray, R.M., & McGuire, P.K. (2000). Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnatic resonance imaging. **Archives of General Psychiatry**. 57(1): 1033-1038.

Shives L.R. (1994). **Basic conceptions of psychiatric - mental health nursing**. 3rd ed. Philadephia : J.B. Lippincott.

Singer, A.R., & Addington, D.E. (2009). The Application of Cognitive Therapy for Command Hallucinations. **Cognitive and Behavioral Practice**. 16: 73-83.

Slade & Bentall. (1988). **Sensory deception**. London : Croom Helm.

Stuart, G.W., & Lariaia, M.T., (2005). **Principle and Practice of Psychiatric Nursing**. 8th ed. St. Louis : Mosby Inc.

Tait, L., Birchwood, N., Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. **British Journal of Psychiatry**. 185: 410-415.

Townsend, M.C., (2003). **Psychiatric mental health nursing: Concept of care**. 4th ed. Philadephia: F.A. Davis Company.

Townsend, M.C., (2004). **Nursing Diagnosis in Psychiatric Nursing : Care Plans and Psychotropic Medications**. 6th ed. Philadephia : F.A. Davis Company.

Trystad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., et al. (2002). Behavioral management of persistent auditory hallucination in schizophrenia: outcome from a 10-weeks course. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. 8(3): 194-201.

Tsai, Y.F., & Ku, Y.C., (2005). Self – care symptom management strategies for auditory hallucinations Among in-patients with schizophrenia at a Veteran's hospital in Taiwan. **Archives of Psychiatric nursing**. 19(4): 194-199.

Wilson, H.S., & Kniesl, C.R. (1996). **Psychiatric Nursing**. 5th ed. Menlo Park : Addison Wesley Nursing.

Wright, J.H., & Beck, A.T. (1994). Cognitive Therapy. **Textbook of Psychiatry**. 2nd ed. Washington, D.C : American Psychiatric press.

Wykes, T., Parr, A.M., and Landa, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. **British Journal of Psychiatry**. 175: 180-185.

Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fanon, D., et al. (2005). What are the effects of group cognitive behavior therapy for voices? A randomized control trial. **Schizophrenia Research**. 77: 201-210.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.ดร.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย	จิตแพทย์และอาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางสาวสกาวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
4. นางสาวธิดารัตน์ คณึงเพียร	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์
5. นางสาวนิตยา เลิศศิริสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) สามารถคำนวณโดยใช้สูตรดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงใจ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 10 ข้อ จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการหูแว่ว มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 13 ข้อ จากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรรับรู้อาการหูแว่ว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้คือ

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left(\frac{1-\sum Si^2}{St^2}\right)$$

เมื่อ α คือ สัมประสิทธิ์ค่าความเที่ยง

n คือ จำนวนข้อความในแบบสอบถาม

$\sum Si^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

St^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1}\left(1 - \frac{\sum pq}{S^2}\right)$$

เมื่อ r_{tt} คือ ค่าความเที่ยง

n คือ จำนวนข้อความในแบบสอบถาม

p คือ อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น

q คือ อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น

S^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

3. การคำนวณหาค่าร้อยละ (percentage) ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร $P = \frac{f}{n} \times 100$

เมื่อ p คือ ค่าร้อยละ

f คือ ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n คือ จำนวนทั้งหมดของข้อมูลชุดนั้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อาการหูแว่ว โดยใช้สูตรดังนี้คือ

สูตรการคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{x} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\overline{X}$ คือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n คือ จำนวนข้อมูล

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum (X - \overline{X})^2}{n-1}}$$

เมื่อ S.D. คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X คือ ค่าแต่ละจำนวน

$\overline{X}$ คือ ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น

n คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

5. เปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550)

$$t = \frac{\overline{D} - \mu_D}{S_{\overline{D}}} \quad , df = n-1$$

เมื่อ t คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\overline{D}$ คือ ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

μ_D คือ ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม

$S_{\overline{D}}$ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

n คือ จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

6. เปรียบเทียบการรับรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550)

6.1 เมื่อความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน $\sigma_1^2 = \sigma_2^2$

ใช้สูตร $t = \dfrac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{S^2 p\left(\dfrac{S_1^2}{n_1} + \dfrac{S_2^2}{n_2}\right)}}$, df = n1 + n2 - 2

เมื่อ S^2p เป็นความแปรปรวนร่วม ซึ่งคำนวณได้จาก

$$S^2p = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

6.2 เมื่อความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มไม่เท่ากัน $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

ใช้สูตร $t = \dfrac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{\dfrac{S_1^2}{n_1} + \dfrac{S_2^2}{n_2}}}$

$$df = \frac{\left(\dfrac{S_1^2}{n_1} + \dfrac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\dfrac{\left(\dfrac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \dfrac{\left(\dfrac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ $\overline{X}_1$, $\overline{X}_2$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

S_1^2 , S_2^2 คือ ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

n_1 , n_2 คือ ขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค
แบบฟอร์มเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
แบบฟอร์มขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806
ที่ ศธ 0512.11/ ๖๑๙๑ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน 2552
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหุนหันว่าในผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9812
ชื่อนิสิต เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส โทร. 08-9774-7556

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๑๙๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวชิดารัตน์ คณึงเพียร พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวชิดารัตน์ คณึงเพียร
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9812
ชื่อนิสิต เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส โทร. 08-9774-7556

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๙๙๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
2. นางสาวนิตยา เลิศศิริสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางเพชรี คันธสายบัว และนางสาวนิตยา เลิศศิริสวัสดิ์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9812
ชื่อนิสิต เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส โทร. 08-9774-7556

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๑๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสกาวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ประสานงาน นางสกาวรัตน์ พวงลัดดา
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9812
ชื่อนิสิต เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส โทร. 08-9774-7556

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๔๐๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๖ ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ กลุ่มงานจิตเวช จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-9812
ชื่อนิสิต เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส โทร. 08-9774-7556

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
แบบฟอร์มการพิจารณาจริยธรรม
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ 093
ว.ด.ป. 2 ม.ค. 2553
เวลา 16.00 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 35 /53 **วันที่** 21 มกราคม 2553

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองผลการพิจารณา
2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. แบบสอบถาม

ตามที่ เรืออากาศโทหญิงปัทมา แก้วสีไส นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 148.1/52 เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON PERCEPTION OF AUDITORY HALLUCINATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลัก พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้รับรองวันที่ 18 มกราคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศ์โรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-11

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 011/2553

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 148.1/ 52 : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยหลัก : เรืออากาศโทหญิงปัทมา แก้วสีใส นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 18 มกราคม 2553 **วันหมดอายุ** : 17 มกราคม 2554

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 148.1/52
วันที่รับรอง 18 ม.ค. 2553
วันหมดอายุ 17 ม.ค. 2554

เงื่อนไข

1. *ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการพิจารณาจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ*
2. *หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย*
3. *ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด*
4. *ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ*
5. *หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ*
6. *หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ*
7. *โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น*

AF 05-09

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย ร.ท.หญิง ปัทมา แก้วสีใส

ที่อยู่ที่ติดต่อ 6 ซ.โพธิ์ไพโรจน์1 ต.โพธาราม อ.โพธาราม จ.ราชบุรี 70120 โทรศัพท์ 089-7747556

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ และยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว และแบบวัดความรู้เรื่องอาการหูแว่ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ลงชื่อ..... (.....) ผู้วิจัยหลัก	ลงชื่อ..... (.....) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
เลขที่โครงการวิจัย 1As.1/52 วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2553 วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2554	ลงชื่อ..... (.....) พยาน

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552

AF 04-09

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย ร.ท.หญิง ปัทมา แก้วลีไส นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 171/2 แขวงตลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพฯ

(ที่บ้าน) 6 ซ.โพธิ์ไพโรจน์1 ต.โพธาราม อ.โพธาราม จ.ราชบุรี 70120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5347555 ต่อ 7065 โทรศัพท์ที่บ้าน 032-354813

โทรศัพท์มือถือ 089-7747556 E-mail: Pattama_rtaf@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

4. *กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) ในการคัดเลือกผู้ป่วยตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ได้เขตสาธารณสุขที่ 6 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี และสุพรรณบุรี จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการคัดเลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง 1 จังหวัด ได้โรงพยาบาลราชบุรี จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 26-28 มกราคม 2553 โดยผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เพื่อคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับที่ไม่รุนแรง (คะแนน BPRS ≤ 30 คะแนน) และในส่วนของการประเมินอาการประสาทหลอนต้องมีอาการประสาทหลอนทางหูในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยถือเกณฑ์ประเมินจากผู้ที่มีคะแนนในช่วง 3-5 คะแนน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการอ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน ด้วยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Match paired) โดยพิจารณาจากคะแนนอาการประสาทหลอนที่อยู่ในระดับเดียวกัน*

เลขที่โครงการวิจัย 148.1/52

วันที่รับรอง 18 มี.ค. 2553

วันหมดอายุ 17 มี.ค. 2554

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552

AF 04-09

5. ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด ซึ่งในรายละเอียดของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60 นาที โดยทำการบำบัดในรูปแบบกลุ่มกับผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่ม กลุ่มละ10 คน ที่ห้องประชุม กลุ่มงานจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี (กลุ่มที่ 1 นัดทำกิจกรรมทุกวันอังคารเวลา 08.00-09.00 น. และกลุ่มที่ 2 นัดทำกิจกรรมทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-09.00 น.)

6. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติดังต่อไปนี้

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการดำเนินการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม เรียก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยว่า สมาชิกกลุ่ม และเรียกผู้วิจัยรวมถึงผู้ช่วยวิจัยว่า ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ตามลำดับ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรการอบรมด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด *โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกอาการหูแว่วของตนลงในสมุดบันทึกในแต่ละสัปดาห์เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าของอาการหูแว่ว และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคือก่อนและหลังการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 2 และ 4 กุมภาพันธ์ 2553) และสัปดาห์ที่ 6 (วันที่ 9 และ 11 มีนาคม 2553) ตามลำดับ* ด้วยแบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามและชี้แจงรายละเอียดด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก

6.1 ผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนดำเนินการวิจัย ที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี

6.2 ในการวิจัยครั้งนี้มีการกระทำต่อผู้ป่วยตามขั้นตอนของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว นอกจากนี้ยังต้องใช้เวชระเบียนของผู้ป่วยในการคัดกรองประเมินสภาพผู้ป่วยและติดตามความก้าวหน้า ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการและแพทย์เจ้าไข้ในการอ่านเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว

6.3 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงในด้านจิตใจ เช่น บางกิจกรรมหรือบางคำพูดอาจมีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่หรือประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการป้องกันโดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจากเวชระเบียน ญาติ และตัวผู้ป่วยเอง และในส่วนของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะเลือกใช้คำถามที่ไม่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ฟัง

6.4 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการ นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรูปแบบกลุ่ม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

เลขที่โครงการวิจัย 148.1/32
วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2553
วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2554

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552

AF 04-09

6.5 ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล

6.6 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัยคือ ร. ท. หญิง ปัทมา แก้วสีใส ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 089-7747556

6.7 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้นจะได้รับการปกปิดเป็นความลับอยู่เสมอ *การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น เช่น มีหนังสือร้องขอจากหน่วยงานราชการเพื่อขอให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย*

6.8 ในการวิจัยครั้งนี้มีการจ่ายค่าพาหนะสำหรับการเดินทางเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคนละ 80 บาท ซึ่งจะจ่ายให้ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดยจะจ่ายให้ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัย

6.9 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะดำเนินการช่วยเหลือโดยการประสานงานกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมของโปรแกรมการชดเชยค่าพาหนะสำหรับการเดินทาง และประโยชน์ที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อขอความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแล

6.10 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม บิดเบือนเกี่ยวกับเสียงแว่ว ให้เป็นความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงแว่วที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไปในสังคม อีกทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับเสียงแว่วยังเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการกับอาการกับหูแว่วด้วยตนเอง นอกจากนี้องค์ความรู้ที่ได้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ซึ่งหากโปรแกรมสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ตามที่ผู้วิจัยได้นำเสนอมาแล้วนั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการเผยแพร่และส่งต่อโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแก่หน่วยงานหรือผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วต่อไป

7 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E – mail : eccu@chula.qac.th

เลขที่โครงการวิจัย 148.1/52
วันที่รับรอง 18 ม.ค. 2553
วันหมดอายุ 17 ม.ค. 2554

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552

ตัวอย่าง
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ ประกอบอาชีพ

☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง

☐ เกษตรกรรม ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท.....ปี.....เดือน

6. ระยะเวลาที่มีอาการหูแว่ว.....ปี.....เดือน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว

(PERCEPTION OF AUDITORY HALLUCINATION QUESTIONNAIRE)

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ กรุณาอ่านข้อคำถามให้เข้าใจและกาเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับอาการของคุณมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. คุณได้ยินเสียงแว่วบ่อยแค่ไหน

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ได้ยินเพียง 1-2 ครั้งต่อวัน

.....ได้ยินบางครั้ง หรือ ได้ยิน 3-5 ครั้งต่อวัน

.....ได้ยิน 12 ชั่วโมง หรือ ครึ่งวัน

.....ได้ยินเกือบตลอดเวลา

.....ได้ยินอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา

2. เสียงแว่วที่คุณได้ยินมีความดังอย่างไร

.....ไม่ได้ยินเลย

.....เสียงกระซิบ ยากที่จะได้ยิน

.....เสียงพูดเบาๆ

.....เสียงพูดปกติ

.....เสียงพูดดังๆ

.....เสียงตะโกน

3. ความชัดเจนของเสียงแว่วที่คุณได้ยินเป็นอย่างไร

.....ไม่ได้ยินเลย

.....เสียงอู้อี้ พึมพำ ฟังไม่รู้เรื่องอย่างมาก

.....เสียงอู้อี้ พึมพำ ฟังไม่รู้เรื่องปานกลาง

....

....

....

4. เสียงแว่วที่คุณได้ยินมีลักษณะน้ำเสียงเป็นอย่างไร

..... ไม่ได้ยินเลย

..... ปลอบโยน สร้างความสุขสบายมาก

..... ปลอบโยน สร้างความสุขสบายปานกลาง

....

....

....

5. คุณคิดว่าเสียงแว่วที่คุณได้ยิน มีพลังอำนาจในการควบคุมตัวคุณให้ทำหรือคิดในสิ่งต่างๆตามที่ได้ยินหรือไม่

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่มีพลังอำนาจในการควบคุมเลย

.....มีพลังอำนาจในการควบคุมเล็กน้อย

....

....

....

6. เสียงแว่วที่คุณได้ยิน รบกวนหรือทำให้วอกแวก เสียสมาธิเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่ทำให้วอกแวก เสียสมาธิเลย ง่ายต่อการเพิกเฉยไม่สนใจ

.....รบกวน หรือทำให้วอกแวก เสียสมาธิเล็กน้อย

....

....

....

7. คุณรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมตนเองได้มากน้อยเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ควบคุมได้ทั้งหมด

.....ควบคุมได้ส่วนมาก

....

....

....

8. เสียงแว่วที่คุณได้ยิน ทำให้คุณรู้สึกทุกข์ทรมานใจมากน้อยเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานใจเลย

.....รู้สึกทุกข์ทรมานใจเล็กน้อย

....

....

....

9. เสียงแว่วที่คุณได้ยิน ทำให้คุณรู้สึกวิตกกังวล มากน้อยเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....ไม่รู้สึกวิตกกังวลเลย

.....รู้สึกวิตกกังวลเล็กน้อย

....

....

....

10. เมื่อคุณใช้วิธีการ.....คุณสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ดีเพียงใด

.....ไม่ได้ยินเลย

.....จัดการกับอาการหูแว่วได้ทั้งหมด

.....จัดการกับอาการหูแว่วได้ส่วนมาก

....

....

....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่ว

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการหูแว่วและการจัดการกับอาการหูแว่ว กรุณาอ่านข้อคำถามให้เข้าใจและกาเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. อาการหูแว่ว หมายถึง การรับรู้ทางการได้ยินที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง จัดเป็นอาการประสาทหลอนชนิดหนึ่ง		
2. อาการหูแว่วเป็นอาการทางจิตอย่างหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม		
3. สาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการหูแว่ว คือ การที่สมองหลั่งสารเคมีบางชนิดมากเกินไป		
4. สถานการณ์ที่อาจกระตุ้นให้มีอาการหูแว่วมากขึ้น ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และการแยกตัวอยู่คนเดียว		
5. อาการหูแว่วเป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
13. เสียงแว่วที่เป็นเสียงสั่ง เสียงขู่ เสียงด่า จัดเป็นเสียงแว่วที่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างมาก		
14. สิ่งสำคัญที่ช่วยให้จัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม คือ การยอมรับอาการหูแว่ว และการเชื่อมั่นว่าตนเองเข้มแข็งกว่าเสียงแว่วที่ได้ยิน		
15. เมื่อสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ความทุกข์ทรมานลดลง และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ		

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยระดับปริญญามหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า ตำรา บทความ เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่วโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Lewis และคณะ (2002) ซึ่งอ้างอิงแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck มาเป็นพื้นฐาน และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้องตามกระบวนการและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ป่วยและผู้ที่สนใจศึกษา ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นโดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการบำบัดอาการหูแว่วโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่วรูปแบบต่างๆ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจ และเป็นคู่มือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส
ผู้วิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

แนวคิด

อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการทางจิตที่เรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานและสูญเสียการควบคุมตนเอง และส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเป็นไปอย่างยากลำบากและทุกข์ทรมาน ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดอาการหูแว่วหลากกลายรูปแบบด้วยกัน โดยพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการกับอาการหูแว่วโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากมีเป้าหมายในการบำบัดดังนี้ คือ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อเสียงแว่ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดด้านลบที่มีต่ออาการหูแว่วของตนและเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่บิดเบือนที่มีต่อเสียงแว่ว ให้เป็นความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผล และสอดคล้องกับความเป็นจริง โดยเชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจเสียงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเสียงมีผลต่อการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับเสียงแว่วให้เป็นความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผล รวมทั้งสามารถแสดงอารมณ์และพฤติกรรมเมื่อมีอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยมีทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วยตนเอง ผลกระทบจากอาการหูแว่วลดลง ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว สังคมได้นานขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน และในส่วนของการประเมินอาการประสาทหลอนทางหูต้องมีคะแนนในช่วง 3-5 คะแนน (อาการปานกลางถึงรุนแรง)
2. ไม่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา
3. สามารถฟังและอ่านภาษาไทยได้ ตอบแบบสอบถามได้
4. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม

โครงสร้างการบำบัด

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ความถี่ในการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60 นาที และทำการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่วในสัปดาห์ที่ 1 และ 7

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ขนาดของกลุ่ม : กลุ่มละ 6-8 คน

ระยะเวลาที่ใช้ : 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดไว้วางใจ ในการแบ่งปันประสบการณ์อาการหูแว่ว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของตน
2. สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรมและการนัดหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความพร้อมเพรียงในการทำกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการหูแว่วที่ถูกต้อง สามารถยอมรับการเจ็บป่วย ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด

สาระสำคัญ

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยได้ รวมทั้งมีการเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว จึงมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการจัดการกับอาการและการเผชิญปัญหา

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมโดยสังเขป
2. แบบสอบถามการรับรู้อาการหูแว่ว

3. เอกสารความรู้เรื่อง “โรคจิตเภทและอาการหูแว่ว”
4. คู่มือการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
5. สมุดบันทึกอาการหูแว่ว
6. ปากกา

กิจกรรม

1. การสร้างพันธภาพ เริ่มต้นโดยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและแนะนำตนเองแก่สมาชิก จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง และสนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม วัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจความร่วมมือและความพร้อมเพรียงในการทำกิจกรรม จากนั้นผู้นำกลุ่มแจกคู่มือการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม

3. การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท ระบาดวิทยา สาเหตุ อาการ และการรักษา รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย ลักษณะอาการหูแว่ว ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหูแว่ว การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง (รายละเอียดตามเอกสารความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว)

- กล่าวนำเข้าสู่การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและอาการหูแว่วด้วยการซักถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกแต่ละคน เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม
- ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประสบการณ์การเจ็บป่วยในรูปแบบต่างๆของสมาชิกแต่ละคน จากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย ลักษณะอาการหูแว่ว ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหูแว่ว การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว และการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง
- เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการหูแว่ว ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว เพื่อเป็นการประเมินปัญหาในเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการหูแว่วและเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกแต่ละคนยอมรับในอาการเจ็บป่วยของตน และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข

5. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประสบการณ์อาการหูแว่ว ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

6. มอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลุ่มสังเกตและบันทึกอาการหูแว่วลงในสมุดบันทึกเพื่อให้สมาชิกได้ติดตามอาการหูแว่วของตนเอง

7. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญในการทำกลุ่ม กล่าวปิดกลุ่มและนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการตั้งใจรับฟังข้อมูลต่างๆ ทั้งในส่วนของรายละเอียดโปรแกรม และความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว การแสดงความคิดเห็น ตอบคำถาม และบอกเล่าประสบการณ์อาการหูแว่ว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของตนแก่สมาชิกในกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการหูแว่ว และการจัดการกับอาการหูแว่ว

(ผู้สนใจโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วฉบับนี้ โปรดติดต่อผู้วิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษา)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศโทหญิง ปัทมา แก้วสีใส เกิดเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2527 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ เมื่อปี พ.ศ. 2549 และเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง นายทหารพยาบาลหอพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม แผนกพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย