

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ต่อลักษณะและความรุนแรง
อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตาม
หัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ระบาดวิทยา
 - 1.3 ลักษณะและอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินของโรค
 - 1.5 สาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.6 การบำบัดรักษา
 - 1.7 บทบาทพยาบาลจิตเวช
2. อาการประสาทหลอน
 - 2.1 ชนิดของการเกิดประสาทหลอน
 - 2.2 กระบวนการเกิดอาการหูแว่ว
 - 2.3 ความหมายของโรคจิตเภทกับอาการหูแว่ว
 - 2.4 อุบัติการณ์
 - 2.5 อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.6 สาเหตุของการเกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.7 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว
 - 2.8 การประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว
3. แนวคิดการจัดการกับอาการหูแว่ว
 - 3.1 กลยุทธ์กลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว
 - 3.2 กระบวนการกลุ่ม
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการกับอาการหูแว่ว
4. โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วใน
ผู้ป่วยจิตเภท
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง อาการที่สำคัญคือ มีความผิดปกติในการคิด (Thinking) การรับรู้ (Perception) การสื่อสาร ขาดแรงจูงใจ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ทื่อ (Inappropriate หรือ Blunted affect) และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ (APA, 2000) โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความคิดผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล เช่นการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม (Meuser & McGurk, 2004) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ความผิดปกติดังกล่าว มีผลกระทบต่อหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีโรคทางกาย และมีอาการดังกล่าวเป็นมาอย่างน้อย 6 เดือน (สุชาติ พหลพลภาค, 2544) จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุไม่แน่ชัด การดำเนินโรคแบบเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล ซึ่งส่งผลด้านสังคม และการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของผู้ป่วย โดยต้องไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย มีอาการดังกล่าวเป็นมาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 ระบาดวิทยาโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ โดยมีอัตราการเกิดโรคประมาณร้อยละ 1.3 พบได้ในเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่าๆกัน อาการแสดงครั้งแรกมักพบในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยในเพศชายมักแสดงอาการของโรคในช่วงอายุน้อยกว่าในเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายจะพบมากในช่วงอายุ 21 – 25 ปี และเพศหญิงพบมาในช่วงอายุ 35 – 39 ปีและจะพบในคนที่อายุน้อยกว่า 10 ปี หรือมากกว่าอายุ 40 ปีน้อยมาก (Boyd, 2005)

1.3 ลักษณะและอาการทางคลินิก ของโรคจิตเภทแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Boyd, 2005) ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thought and speech) คือ ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะแปลกๆ ไม่มีเหตุผล หรือไม่เหมาะสม มีอาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Auditory hallucination)

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) คือ มีลักษณะพฤติกรรมและการทำหน้าที่น้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ คือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อยลง (Alogia) ขาดความ

กระตือรือร้น เชื้อยชาลง ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องการเรียนรู้หรือการทำงาน อยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไร (Avolition-apathy)

1.4 การดำเนินของโรค การดำเนินของโรคจิตเภทจะมีลักษณะเป็นๆ หายๆ อาการของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (สมพร รุ่งเรืองกิจ, 2546)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการเตือน (Prodromal phase) ระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ก่อนที่จะแสดงอาการทางจิตอย่างชัดเจน ญาติมักให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวจากเพื่อน สัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง เก็บตัว อาจขลุกอยู่แต่ในห้องหรือหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา มีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ การเรียนรู้หรือการทำงาน และหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบแล้วก็อาจมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นระยะๆ อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมีอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ตึงเครียด วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี อยู่ไม่เป็นสุข ความสนใจในตนเองบกพร่อง เป็นต้น

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) อาการกำเริบในผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเวลาไม่ถึงเดือน ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาจนอาการสงบแล้ว ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วย มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน เกิดความเลื่อมใสในด้านต่างๆ และได้รับการรักษาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติอาจรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะพาผู้ป่วยจะมารับการรักษา รวมทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับปัจจัยส่งเสริม เช่น การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน เป็นต้น

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ส่วนใหญ่แล้วอาการต่างๆ ที่กำเริบจะเป็นอยู่ช่วงระยะหนึ่งเมื่อรักษาอาการก็จะทุเลา แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบลง ก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยลักษณะอาการจะคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาการด้านลบ เช่น มีอารมณ์ที่อ (Flat affect) สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลียและแยกตัว อาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงอาการนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันได้ไม่ดี ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ โดยอาการที่แสดงก่อนอาการกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง

1.5 สาเหตุของการเกิดของโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง

เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่มีชื่อว่า Vulnerability stress model of schizophrenia แนวคิดนี้เชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเภทนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลตั้งแต่ช่วงตั้งครรรภ์ ช่วงแรกคลอดจนถึงช่วงอายุที่เกิดโรค ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (15 – 35 ปี) จากการรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภทของกรมสุขภาพจิต ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการโรคจิตเภท ที่ได้รับการตั้งสมมุติฐานว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกิจ, 2546) (Kaplan & Sadock, 2000) (Boyd, 2005)

1.5.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) การศึกษาทางด้านพันธุกรรมสนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชาชนทั่วไป อัตราเสี่ยงในฝาแฝดจาดไข่ใบเดียวกันมีร้อยละ 47 นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางชีวภาพบางประการมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท เช่น การได้รับความกระทบกระเทือนของสมองในระหว่างคลอด ซึ่งอาจเกิดจากการกระทบหรือขาดออกซิเจนหรือได้รับพิษยา (สมพร รุ่งเรืองกิจ, 2546) แนวคิดด้านชีวภาพให้เหตุผลว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง (Brain disorder) ซึ่งความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) (Boyd, 2005)

1.5.2 ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) ปัจจัยด้านสังคมให้ความสำคัญที่แบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในครอบครัว เชื่อว่า การสื่อสารในครอบครัวที่มีลักษณะแปรปรวน (Communication deviance) เป็นการสื่อสารที่มีลักษณะการปิดกั้นปัญหา (Closure problems) การสื่อสารไม่ต่อเนื่อง (Talk disruptive behavior) และการสื่อสารที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล (Perculiar language or logic) การสื่อสารที่เป็นการบังคับบุตรให้อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือก 2 ทาง (Double bind communication) แต่ไม่ว่าจะเลือกทางใดก็ทำให้สับสน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางความคิดเมื่อโตขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกิจ, 2546)

1.5.3 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากมีความผิดปกติในการจัดระบบของอัตตา (Ego organization) จนกระทบกระเทือนต่อการตีความอัตตาผิดปกติเพราะในวัยเด็กผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับมารดา ทำให้ขาดความสามารถในการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงให้แก่ตนเอง ไม่สามารถพัฒนาตนเองแยกให้ก้าวพ้นระยะ Oral phase ได้ บุคลิกภาพแบบนี้จะอ่อนแอถ้ามีความเครียดเกิดขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นถ้าผู้ป่วยจะไม่เข้มแข็งพอที่จะจัดการกับความต้องการหลายอย่างที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีรูปแบบการคิดที่ไม่มี

เหตุผล โดยเลียนแบบมาจากบิดามารดา ซึ่งอาจจะมีปัญหาทางจิตอยู่ด้วย อันเป็นสาเหตุของความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ระหว่างบุคคล (ธวัชชัย และคณะ, 2544)

1.6 การบำบัดรักษา หลักในการรักษาอาจแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิต หล่อตระกูล, 2542)

1.6.1 การรักษาในระยะอาการกำเริบ (Acute phase) หมายถึง เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ ควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้โดยเร็ว จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ โดยในระยะอาการกำเริบนี้จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ก่อความเดือดร้อนรำคาญ มีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิด การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก การสื่อสารควรสั้น ชัดเจน กิจวัตรประจำวันควรชัดเจนแน่นอน ระยะนี้จะรักษาด้วย ยาต้านโรคจิต รักษาด้วยไฟฟ้า รักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (APA, 2000)

1.6.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) ระยะนี้อาการต่างๆที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง สามารถสื่อสารได้ดีขึ้น อาการด้านบวกยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาระยะนี้คือ ลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและควบคุมอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาระยะนี้ควรเท่ากับขนาดที่ใช้ในการรักษาในระยะอาการกำเริบ และใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ระยะนี้กิจกรรมต่างๆ อาจไม่ต้องชัดเจนและแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวและพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ การรักษาในระยะนี้เน้นการรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดทางจิตทั้งในลักษณะรายบุคคลและแบบกลุ่ม การบำบัดทางพฤติกรรม ครอบครัวบำบัดและนิเวศน์บำบัด (ธวัชชัย กฤษณะประกิจ, 2544)

1.6.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ (Stable phase) เป้าหมายสำคัญของการรักษาในระยะยาวเพื่อป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสังคมได้และป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

1.7 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

จากการศึกษาบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ดังนี้

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งศิลปะที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อีกทั้งให้การรักษามอบบำบัด และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้รักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ อธิบายว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือ การยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

1.7.1 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบในการเข้าช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Shives, 1994)

1.7.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Mcbride & Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแลบุคคล สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) กระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health protection)

4) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาพะ

2. อาการประสาทหลอน

อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือคำว่า Hallucinate หรือ Allucinatus ในภาษากรีก โดยคำว่า Hallucination เป็นภาษาอังกฤษ มีการบันทึกใช้ในทางจิตเวชศาสตร์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1837 โดยจิตแพทย์ชื่อ Jean – Etienne Esquirol (Asaad & Shapiro, 1986) ประสาทหลอน หมายถึง การรับรู้สัมผัสโดยปราศจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก (APA, 2000) เป็นความผิดปกติทางการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส (Asaad & Shapiro, 1986) พบว่าร้อยละ 10 – 15 ของประชากรปกติทั่วไปเคยมีประสบการณ์หูแว่วโดยที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิต (England, 2005) โดยลักษณะอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้น พบได้บ่อยว่าอาการประสาทหลอนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนา พิธีกรรม หรือเป็นภาวะที่บุคคลอยู่ในระยะแยกตัวเป็นเวลานาน เป็นการแสดงออกของการฝัน หรือมีอาการของโรคประสาท

2.1 ชนิดของอาการประสาทหลอนอาการประสาทหลอนแยกตามการรับรู้ของประสาทสัมผัส แบ่งออกได้เป็น 5 ชนิด (APA, 2000) ดังนี้

2.1.1 ประสาทหลอนทางการเห็น (Visual hallucination)

2.1.2 ประสาทหลอนทางการรับกลิ่น (Olfactory hallucination)

2.1.3 ประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination)

2.1.4 ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination)

2.1.5 อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) เป็นอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ แว่วเสียงคนพูดคุยกันหรือพูดวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (Voices arguing or discussing) หรือเสียงคนๆเดียวพูดต่อว่า หัวเราะเยาะ (Voices commenting) โดยที่ไม่มีสถานการณ์หรือปัจจัยภายนอกกระตุ้น นั้นเกิดขึ้นจริง ส่วนใหญ่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2.2 กระบวนการเกิดอาการแบ่งออกเป็น 7 ระยะดังนี้ (Field & Ruelka, 1973)

2.2.1 ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ฉะนั้นเขาจึงพยายามคิดหาบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้เขาจะติดต่อบุคคลดังกล่าวโดยการคิดถึงหรือเรียกชื่อต่างๆ

2.2.2 ผู้ป่วยยังคงกังวลและมีปัญหาบางอย่าง ผู้ป่วยจึงแก้ปัญหาโดยการนำเอาวิธีการหรือประสบการณ์ที่เคยใช้มาในระยะที่ 1 มาใช้ โดยที่ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าใช้ได้ผลดีกว่าระยะแรก ในระยะนี้ผู้ป่วยจะพูดคุยได้ตอบมากขึ้น จะมีเสียงเตือนเกี่ยวกับความกลัวของผู้ป่วยหรือยืนยันความคิดผู้ป่วย

2.2.3 ผู้ป่วยเริ่มสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของเขาในการเรียกและพูดคุยกับบุคคลที่เขาสร้างขึ้นเพราะประสบการณ์ที่สร้างขึ้นสามารถช่วยเขาได้มาก ผู้ป่วยต้องการคงสัมพันธภาพนี้ไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะเริ่มมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่สร้างขึ้นนี้มากขึ้น และลดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจริงลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น โดยที่ความสามารถในด้านอื่นๆลดลง เช่น สมาธิ

2.2.4 สมาธิของผู้ป่วยลดลงเมื่อผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง คนอื่นอาจสังเกตเห็นอาการของผู้ป่วย อาจตำหนิหรือล้อเลียนซึ่งสร้างความอับอายและวุ่นวายใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดวิตกกังวลมากขึ้น หลีกเลียงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2.2.5 ผู้ป่วยเริ่มแยกตนเองและสร้างโลกของตนเองขึ้นมา ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดพฤติกรรมเพื่อไม่ต้องอับอาย ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าเสียงที่ได้ยินเริ่มเปลี่ยนแปลงจากช่วยเหลือเป็นตำหนิและคุกคาม ทำให้ความกังวลใจของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ยอมฟังเสียงนั้นอีก และพยายามคิดว่าเสียงนั้นมีจริงหรือไม่ ในที่สุดผู้ป่วยจะตัดสินใจว่า คำตำหนิเตือนต่างๆไม่ยุติธรรมต่อเขา

2.2.6 ผู้ป่วยจะขาดสมาธิยิ่งขึ้น แยกตัวและแสดงออกถึงความกังวลมากขึ้น ผู้ป่วยอาจสร้างเสียงใหม่ขึ้นมาแทนที่หากว่าเสียงเดิมไม่สามารถลดความกังวลให้แก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว พูดหรือทำร้ายผู้อื่น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ดังนั้นในระยะนี้ผู้ป่วยควรจะได้รับการรักษาจากจิตแพทย์

2.2.7 เป็นระยะต่อรอง อาการหูแว่วที่เนื้อหาเสียงต่างๆที่ผู้ป่วยได้ยินยังคงคุกคามเขา ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว เขาพยายามตกลงกับเสียงต่างๆว่า เขาจะไม่เล่าหรือบอกใครเกี่ยวกับการมีอยู่ของเสียงนั้น ถ้าเสียงนั้นทำให้เขาคลายจากความวิตกกังวลเหมือนเมื่อก่อน ต่อมาผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเสียงที่ตำหนิเขาหายไป แต่จะมีเสียงทำความตกลงกับเขา โดยที่ผู้ป่วยก็จะพยายามทำความตกลงกับเสียงนั้นเช่นกัน ทั้งนี้หากว่าผู้ป่วยพบว่า เสียงนั้นโกหกเขา เขาก็จะเหยียดหยามและหมดความนับถือเสียงนั้น

2.3 โรคจิตเภทกับอาการหูแว่ว หมายถึง โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีอาการประสาทหลอนทางหู ที่รักษาให้หายขาดได้ยาก และเมื่อผู้ป่วยมีการอาการทางจิตกำเริบจะภาวะหลงผิดหวาดระแวง เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นซึ่งอาการกำเริบนี้ส่วนใหญ่จะมีอาการหู

แว่วเป็นอาการนำและร่วมด้วยเสมอ และอาการหูแว่วยังเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในโรคที่เกิดปัญหาจากจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2.4 **อุบัติการณ์** อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการผิดปกติทางการรับรู้ของการได้ยิน โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอกที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2.5 **อาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท** อาการหูแว่วที่มีลักษณะสำคัญและมักพบในผู้ป่วยโรคจิต คือ เสียงคนสองคนหรือมากกว่าพูดคุยกัน และเสียงพูดวิจารณ์ความคิดเห็นหรือการกระทำของผู้ป่วย อาการหูแว่วบางชนิดมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่น ในผู้ป่วยโรคจิตจะตรวจพบว่า มีความผิดปกติด้านการได้ยินเสียงความคิดของตนเอง เสียงคนพูดได้ตอบเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้ยินเสียงคนพูดวิจารณ์การกระทำของตนเอง ซึ่งลักษณะอาการประสาทหลอนทั้ง 3 ชนิดนี้ Schneider เป็นผู้อธิบายไว้และเรียกว่า Schneider's first rank symptoms (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2543) นอกจากเสียงคนพูดแล้วเสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงเพลง เสียงดนตรี หรือเสียงเครื่องยนต์ โดยทั่วไปเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินจะสอดคล้องกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น (ดวงแก้ว รอดอ่อง, 2547) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน จะไม่สามารถแยกสิ่งที่เกิดขึ้นจากอาการประสาทหลอนออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริงได้ เพราะทั้งสองสิ่งปรากฏต่อเขาในลักษณะเดียวกัน เช่น เสียงจากหูแว่วจะไม่แตกต่างจากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินตามปกติ ต่างกันเพียงแค่ว่าในขณะที่ได้ยินเสียงแว่วผู้ป่วยจะไม่เห็นตัวผู้พูด

จากการศึกษาของ Adolfo et al., (2003) พบว่า อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทจะสัมพันธ์กับอาการหลงผิด อารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งมีความละเอียดอ่อน การรับรู้ในระยะนี้มีอาการประสาทหลอนนี้ผู้มีอาการจะอยู่ในภาวะของความผิมนหรือจินตนาการ นอกจากนี้รูปแบบของเสียงแว่วยังสัมพันธ์กับลักษณะของปัญหาและสัมพันธ์ภาพทางสังคม วัฒนธรรมของบุคคล เช่น คนในประเทศตะวันตกเชื่อว่าอาการหูแว่วมีความเกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติของสมอง ความเครียด เป็นผลมาจากการได้รับความบอบช้ำในวัยเด็กหรือเชื่อว่าเป็นอาการของโรคจิตเภท บางงานวิจัยระบุว่า การที่บุคคลได้ยินเสียงแว่วสะท้อนให้เห็นถึงภูมิหลังการมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การถูกทารุณกรรมในอดีต การที่บุคคลมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) เป็นผู้ที่มักแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบและเป็นผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นแนวทางสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้ผู้บำบัดทราบถึงสาเหตุการเกิดอาการในผู้ป่วย (England, 2005)

2.6 **สาเหตุของการเกิดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท** อาการหูแว่วสัมพันธ์กับความผิดปกติของซีโรเคมีในสมอง คือ ระดับโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้น Kalat (1992) สนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า อาการหูแว่วเกิดจากปฏิกิริยาของสารสื่อประสาทสมอง (Neurotransmitter) อันได้แก่ ซีโร

โทนิและโดปามีน ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมองนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียด และทำให้อาการทางจิตกลับเป็นซ้ำหรือทำให้อาการหูแว่วกำเริบในผู้ป่วยบางคน จากการการศึกษา Lakeman (2001) ที่ได้สำรวจผู้ป่วยที่เคยมีประวัติหูแว่วจำนวน 100 คนพบว่า อาการนำก่อนที่จะเกิดอาการหูแว่ว จากแนวคิดนี้ได้นำไปสู่การค้นคว้าและผลิตยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ที่มีผลโดยตรงต่อการลดระดับโดปามีนในสมอง โดยออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีน ในสมองบริเวณเมโซลิมบิก (Mesolimbic) Lennox (2000) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยการใช้เครื่องฉายภาพการทำงานของสมอง (Function magnetic resonance imaging, fMRI) ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเกิดอาการหูแว่วบ่อยๆ ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองดี (Insightful) เป็นผู้ที่ถนัดมือขวา ไม่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ไม่มีโรคทางระบบประสาท ทุกคนอยู่ในช่วงการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ทำการศึกษาโดยผู้ป่วยนอนปิดตาให้ศีรษะอยู่ในเครื่องสแกน และยึดนิ้วหัวแม่มือแต่ละข้างของผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์บางอย่างสำหรับให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณเมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว โดยเครื่องสแกนจะทำการสแกนภาพการทำงานของสมองผู้ป่วย จากภาพสแกนพบว่า ขณะเกิดอาการหูแว่วสมองส่วนเทมโพรล (Temporal) และฟรอนทอล (Frontal) มีการทำงานมากกว่าปกติโดยประเมินได้จากภาพสมองส่วนดังกล่าวมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา อธิบายได้ว่า สมองส่วนเทมโพรลมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นเป็นการตอบสนองเพื่อต่อต้านเสียงแว่วที่ได้รับจากภายนอก ส่วนสมองฟรอนทอลมีการทำงานมากขึ้นสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยขณะได้ยินเสียงแว่ว ผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีที่ว่าอาการหูแว่วเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่ผิดปกติของ Auditory pathway

2.7 ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ส่วนใหญ่มักเป็นเสียงคนพูด อาจเป็นเสียงคนที่รู้จักหรือไม่รู้จัก อาจเป็นเสียงที่ชัดเจนหรือไม่ชัดเจน เป็นเสียงผู้หญิงหรือผู้ชาย หรือได้ยินเป็นเสียงเพียงคนเดียวหรือมากกว่า 1 คนขึ้นไป นอกจากนั้นยังเป็นเสียงสั่งให้ทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น สั่งให้ไปตาย หรือทำร้ายบุคคลอื่น และยังพบว่า ลักษณะอาการหูแว่วต่างๆ เป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งหากเกิดขึ้นมากเท่าใดย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการนี้ได้

Bucherri et al. (1997) ได้อธิบายลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ไว้ 10 ด้าน คือ

2.7.1 ความถี่ของการมีอาการหูแว่ว ผู้ป่วยบางรายมีอาการหูแว่วเพียงวันละ 1 – 2 ครั้ง ในขณะที่บางรายมีอาการนี้ 5 - 6 ครั้งต่อวัน จากการศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้

วิธีการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีความถี่ของการมีอาการหูแว่วอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ครั้งใน 1 วัน ไปจนถึงในหนึ่งวันได้ยินตลอด 24 ชั่วโมง (Buccheri et al., 1997)

2.7.2 ความดังของเสียงแว่ว เสียงแว่วจะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังหรือทำอยู่ เช่นขณะพูดคุยอาจไม่ได้ยินเสียงหรือเสียงเบาลงและจะดังขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวเงียบไม่มีเสียงใดๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542)

2.7.3 ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความทุกข์ทรมานหรือความสบาย (Trygstad et al., 2002) โดยเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินอาจมีความชัดเจนหรือไม่ชัดเจน ซึ่งหากไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ จะมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2542)

2.7.4 ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการลดหรือหยุดเสียงแว่ว (Ability to decrease or stop the voices) (Trygstad et al., 2002) หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการนี้ตลอดเวลา จนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความต้องการด้วยอาการหลงผิดต่างๆซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง

2.7.5 ลักษณะของเสียงแว่ว ลักษณะในบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงพูดดำเนิน พูดชม พูดข่มขู่ ต่อว่า หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย เป็นลักษณะสำคัญสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

2.7.6 การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิ อาการหูแว่วมักจะทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิหรือวอกแวกได้ และหากมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการปฏิบัติหน้าที่ การงาน การทำกิจกรรมต่างๆ หรือการการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Buccheri, 1996; Haddock et al., 1999)

2.7.7 ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ผู้ที่มีประสบการณ์การได้ยินเสียงแว่วอธิบายว่าเสียงแว่ว ซึ่งเป็นสิ่งรบกวนที่ทำให้รู้สึกเครียด ทุกข์ทรมาน เบื่อหน่าย และวิตกกังวล (Trygstad et al., 2002)

2.7.8 การตอบโต้อาการหูแว่ว ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงสั่ง ซึ่งเป็นเสียงที่สั่งให้ผู้ป่วยกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงให้ไปกระโดดตึกตาย หรือเสียงสั่งให้ไปทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งในการตอบโต้หากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่ว หรือการรับรู้อำนาจของเสียงลดลง มีความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่ถูกต้องไม่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ผู้ป่วยจะตอบโต้ด้วยการไม่ทำตามเสียงและในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยรับรู้อำนาจของเสียงมาก และมีความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่บิดเบือน

รวมทั้งผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยจะตอบโต้ด้วยการทำตามเสียง (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542 ; Wykes et al., 2005)

2.7.9 ความสามารถในการจัดการอาการ พบว่าหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ หรือไม่มียุทธวิธีการในการจัดการกับอาการที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า หรืออาจมีอาการซึมเศร้า ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Moller & Murphy, 2001)

2.7.10 ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือ พูดคุยกับผู้อื่น ในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วเรื้อรัง จะส่งผลต่อความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตนเองจากสังคม และสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง และส่งผลให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคมลดลง (Moller & Murphy, 2001)

2.8 การประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

Auditory Hallucination Questionnaire ของ Buccheri et al. (2002) เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ เป็นแบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ลักษณะของเครื่องมือนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นภายในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ก่อนหน้านั้น ในลักษณะต่างๆ 10 ลักษณะ ดังนี้ 1) ความถี่ของการมีอาการหูแว่ว 2) ความดังของการมีอาการหูแว่ว 3) ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว 4) ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว 5) ลักษณะของเสียงจากอาการหูแว่ว 6) การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิจากการมีอาการหูแว่ว 7) ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว 8) การโต้ตอบต่ออาการหูแว่ว 9) ความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่ว 10) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเมื่อมีอาการหูแว่ว

ซึ่งลักษณะข้อคำตอบแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีลักษณะคะแนนดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการหูแว่ว, 1 หมายถึง มีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วเล็กน้อย, 2 หมายถึง มีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในระดับค่อนข้างน้อย, 3 หมายถึง มีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในระดับปานกลาง, 4 หมายถึง มีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในระดับสูง, 5 หมายถึง มีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในระดับรุนแรง

3. แนวคิดกับการจัดการกับอาการหูแว่ว

แนวความคิดจัดการอาการด้วยตนเอง ในระยะที่ผ่านมา ได้มีผู้พยายามศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการอย่างกว้างขวางเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนช่วยเหลือหรือส่งเสริม วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ได้มีการใช้คำที่หลากหลายในการอธิบายถึงความพยายามที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเผชิญ

ปัญหา (Coping) (Cohen & berk, 1985; Middeloe & Mortensen, 1997) การควบคุมตนเอง (Self - regulation) (Glimcher et al., 1986; Briere & Strauss, 1983) และการจัดการกับอาการ (Symptom management)

Kenfer & Goelice (1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเองเพื่อทำความเข้าใจถึงกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นในการควบคุมตนเอง โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการแสวงหาความช่วยเหลือ และมีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ภายในขอบเขตการควบคุมตนเอง

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

Haworth & Dluhy (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการของบุคคล และการให้ความหมายแต่ละอาการ โดยพยาบาลอาจเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้กลุ่มอาการมาเป็นข้อมูลในการประเมินพิจารณาตัดสินใจและคิดค้นหาวิธีการจัดการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

สรุปในปัจจุบัน มีการนำวิธีการจัดการอาการมาประยุกต์กับผู้ป่วยโรคจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มีหลายๆเทคนิคที่ได้ถูกนำมาใช้เช่นกัน ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Coping) การควบคุมตนเอง (Self - regulation) และการจัดการกับอาการ (Symptom management) แนวคิดการจัดการอาการมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับประเมินอาการของแต่ละบุคคล และคิดว่าวิธีการจัดการใดที่มีประสิทธิผล (USCF, 1994) ทั้งนี้พยาบาลอาจมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ข้อมูลอาการและวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม

แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001) แนวคิดการจัดการอาการ (Model of symptom management) กล่าวถึง 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) เกี่ยวกับบุคคล (Person) สุขภาพ/

ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทั้ง 3 มิติ ดังนี้

- บุคคล (Person variables) เป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญมาก หากปัจจัยด้านตัวบุคคลนี้มีอยู่ก่อนอาการปรากฏ จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ซึ่งปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล (Demographic) เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรสเศรษฐกิจ ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological) รวมถึงบุคลิกภาพความสามารถในการรู้คิดและการจูงใจ

- ลักษณะทางสังคม (Sociological) หมายถึง ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา ลักษณะทางสรีรวิทยา (Physiological) ได้แก่ แบบแผนการพัฒนากาย การมีกิจกรรม ความสามารถทางร่างกาย รวมทั้งระดับพัฒนาการ (Developmental) ก็เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้และตอบสนองต่ออาการ

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

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

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

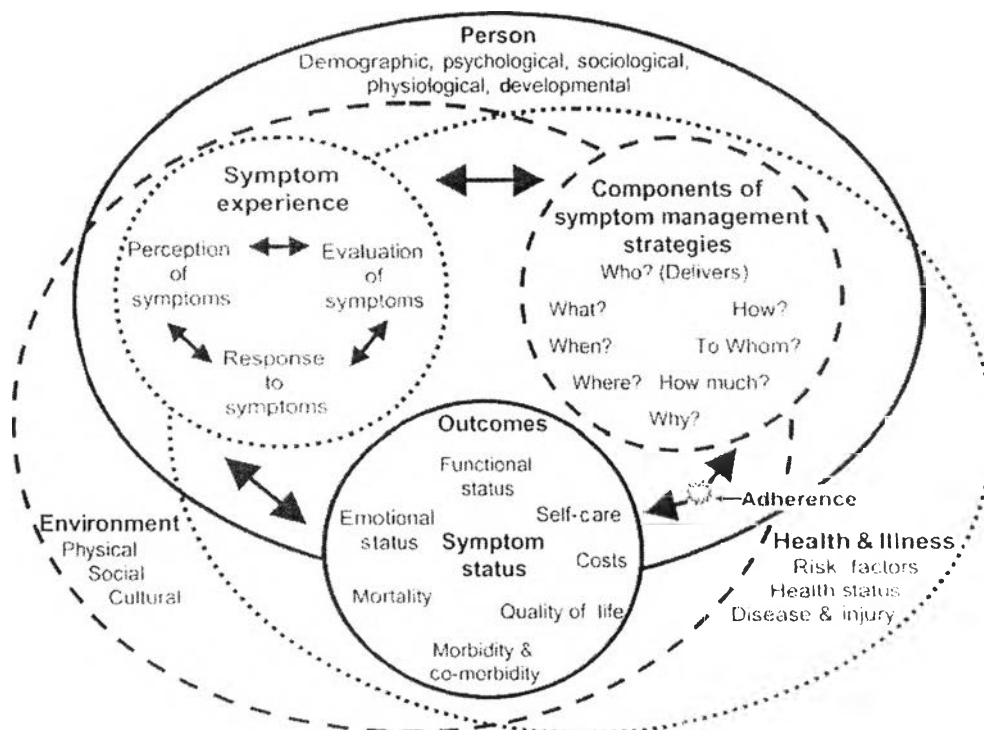
ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom experience) เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา ซึ่งปรากฏในหมายมิติ มีลักษณะเป็นพลวัตประกอบด้วย 3 ส่วน ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันได้แก่

- การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้น ต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด

และแปลความหมายของข้อมูลในสิ่งแวดล้อม หรือในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยใช้ความรู้สึก

- การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การประเมินตัดสินของบุคคล ต่อความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ การรักษา ที่เกิดขึ้นในลักษณะชั่วคราวหรือถาวร ความพิการที่เกิดขึ้นและอาการที่คุกคามต่อชีวิต สะท้อนจากอาการอันเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อน ร่วมกัน หรืออาจหมายถึง การตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในเรื่องความรุนแรง สาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดจากอาการ

- การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหา สุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การตอบสนองทางจิตใจ การตอบสนองทางสรีระ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่งอาการที่เกิดขึ้น 1 อาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ลักษณะ ความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ เพื่อให้มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตัวเอง



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

กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงตามเวลาและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ทั้งด้านการรักษา ด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพ และวิธีการดูแลตนเอง เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์จากอาการ โดยผ่านแนวคิดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการกับอาการ เหตุผลที่ใช้ในการจัดการ ปริมาณของการจัดการจัดกระทำเพื่อใคร และกระทำได้อย่างไร

ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) เป็นผลที่เกิดจากกลยุทธ์การจัดการกับอาการ ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการมี 8 ประการ ได้แก่ การทำหน้าที่ (Functional status) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) เศรษฐฐานะและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cost) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ภาวะทางอารมณ์ (Emotional status) อัตราการเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรค (Morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) และมีสถานะของอาการ (Symptom status) เป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากปัจจัยบ่งชี้อื่นๆ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการสามารถประเมินได้จากความพยายามที่จะปฏิบัติตามกลยุทธ์การจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง จึงประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการต่างๆได้

3.1 กลยุทธ์กลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลยุทธ์กลวิธีจัดการกับอาการหูแว่วมีหลายวิธี ที่ถูกนำไปใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว และได้รับการยอมรับว่าสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ จากการศึกษาพบว่ามีดังนี้

3.1.1 การยอมรับเสียงแว่วและเรียนรู้ที่จะอยู่กับเสียงแว่ว (Accept and stay with) วิธีการนี้ได้ถูกใช้ในประเศไต้หวัน จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 4 คนของ Tsai & Ku (2005) พบว่า กลยุทธ์นี้สามารถลดระดับความทุกข์ทรมานลงได้

3.1.2 การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน (Reduced attention to voice / ignore them) จากการศึกษาในประเทศไต้หวันของ Tsai and Ku (2005) พบว่า ในจำนวนกลุ่มผู้ป่วย 43 คน กลยุทธ์นี้มีผลในการลดอาการหูแว่ว

3.1.3 การอ่านออกเสียงดังและสรุป (Reading aloud and summarizing) วิธีการนี้เป็นการกำหนดสมาธิและความตั้งใจในการจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นการให้ Vocal cord และการอ่านเป็นการกระตุ้นทางสายตา เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการหูแว่ว จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 7 คนพบว่า ระยะเวลาของการเกิดอาการหูแว่ว (Duration) ความดัง (Loudness) และความชัดเจน (Clarity) ของเสียงแว่วลดลง (Buccheri et al., 1996)

3.1.4 การพูดคุยกับคนอื่น (Talking with someone) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์อาการหูแว่วมักจะไม่คุยกับคนอื่น (Buccheri et al., 1996) การพูดคุยกับคนอื่นจึงเป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นภายนอกแก่ผู้ป่วย เบี่ยงเบนความสนใจต่อเสียงหูแว่ว การพูดคุยสามารถคุยเรื่องใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องพูดคุยเฉพาะเรื่องอาการหูแว่ว จากการศึกษาของ Buccheri et al (1996) พบว่า วิธีการนี้สามารถลดความถี่และความดังของเสียงแว่วลงได้

3.1.5 การดูและฟังเสียงโทรทัศน์ (Watching and listening to TV) วิธีการนี้เป็นการเพิ่มสิ่งเร้าจากภายนอก เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากเสียงแว่วไปยังโทรทัศน์ สามารถใช้ๆ ได้ผลดีเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้อวัยวะประสาทสัมผัสทั้งตาและหู ทำให้ความสนใจในอาการหูแว่วลดลง (Buccheri et al., 1996) จากการศึกษาของ Buccheri et al (1997) พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้กลยุทธ์การดูและฟังเสียงโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 40 และภายหลังไป 12 เดือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60

3.1.6 การหากิจกรรมทำ ไม่ให้อยู่ว่างๆ (Keeping busy and doing something) จากการศึกษาของ Buccheri et al. (2004) ที่ให้ผู้ป่วยเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองชอบอย่างน้อย 1 กิจกรรม พบว่า ความถี่ ความชัดเจน ระดับความทุกข์ทรมานของอาการหูแว่วลดลง ส่วนความสามารถในการควบคุมเสียงแว่วเพิ่มขึ้น

3.1.7 การฟังเพลงด้วยการใช้หรือไม่ใช้หูฟัง (Listening to music with or without earphones) วิธีการนี้เป็นการกำหนดสมาธิและความตั้งใจในการจัดการอาการหูแว่ว จากการศึกษาของ Nelson et al. (1991) พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 20 คน วิธีการจัดการหูแว่วโดยการฟังเทปคาสเซตด้วยหูฟัง (Cassette player with headphone) มีประสิทธิภาพในการลดความถี่และความเข้มของเสียงแว่วได้ดีที่สุด เมื่อเทียบกับการใส่อุปกรณ์อุดหูและการส่งเสียงนับ Fender (1982) ได้ศึกษาวิธีการจัดการอาการหูแว่วในที่ทำงานโดยการฟังวิทยุโดยใช้หูฟัง พบว่า ความถี่ ความเข้มของเสียงแว่วลดลง ความวิตกกังวลลดลง

3.1.8 การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง (Self – monitoring) วิธีการนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมของตนเอง บันทึกเวลาในการเกิดอาการ บังคับหรือสถานการณ์ที่ทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง

3.1.9 การพูดคำว่า หยุดและเรียกเสียงนั้น (Saying stop and naming object) Birchwood (1986) ได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการจัดการอาการวิธีนี้ควบคู่กับการใช้อุปกรณ์อุดหูด้านที่ผู้ป่วยไม่ถนัด พบว่า สามารถทำให้อาการหูแว่วลดลงได้ Buccheri et al (1997) พบว่า วิธีการนี้เป็นการกำหนดสมาธิ เป็นการหยุดคิด (Thought stopping) สามารถลดความถี่ ความดังของเสียงแว่ว และเพิ่มความสามารถการควบคุมตนเองได้

3.1.10 การพูดคำว่า หยุดและไล่เสียงนั้นออกไป ปฏิเสธเสียง ไม่ทำตามเสียงสั่ง เป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการทำตามเสียงแว่ว จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการหูแว่วลดลง เมื่อพูดคำว่า หยุดและไล่เสียงนั้นออกไป ซึ่งเป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุมเสียง (Buccheri et al., 1996)

3.1.11 การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากบุคลากรเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Practicing communication, avoiding drugs and/or alcohol) เป็นที่ยอมรับกันว่า การรับประทานยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการหูแว่วได้ดีที่สุด (Buccheri et al., 2004) ยาจะช่วยควบคุมและปรับ Threshold ของการรับรู้อาการหูแว่ว ทั้งนี้ยาดังกล่าวมีผลข้างเคียงทำให้ตัวแข็งขาอ่อนแรง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการฝึกปฏิบัติเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา มีการฝึกทักษะในการปฏิเสธการใช้สารเสพติด การฝึกทักษะการสื่อสารบอกความต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหาในการรับประทานยาต้านโรคจิต

3.2 กระบวนการกลุ่ม (Group process) หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาส่วนบุคคลและหรือกลุ่ม ทางพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ เกิดพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการให้ความรู้ การปรึกษาให้การประคับประคองจิตใจ ทำให้ผู้ให้บริการสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน การที่บุคคลมีปัญหาคล้ายๆกันได้มาพบกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกประสบการณ์ร่วมกัน การที่สมาชิกได้มารวมกันได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ปัญหา ทักษะที่ดีที่มีต่อปัญหา ทำให้สมาชิกกลุ่มมีมุมมองต่อสถานการณ์นั้นๆแตกต่างไปจากเดิมและได้รับข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนมากขึ้น ตลอดจนวิธีแก้ไขจัดการต่อปัญหา ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสได้ใช้โอกาสในการอยู่ในกลุ่มทดลองฝึกทักษะต่างๆ ที่ตนเองได้เรียนรู้จากกลุ่ม และได้รับข้อมูลย้อนกลับ ภายใต้บรรยากาศกลุ่มของการยอมรับ เกิดกำลังใจมั่นใจที่จะนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงภายนอกกลุ่มและยังเป็นการบอกเล่าถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างของตนเองต่อผู้อื่น คือ ได้มีการสร้างพันธะสัญญา เป็นการช่วยบุคคลให้มีพลังความเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองตามที่บอกกับผู้อื่น

ปัจจัยที่สำคัญต่อกระบวนการบำบัด คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มมีดังนี้

1. การสร้างความหวัง
2. การมีความรู้สึกคล้ายคลึง
3. การยอมรับ

4. การรู้ถึงคุณค่าของตัวเอง
5. การได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก
6. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในกลุ่ม
7. การเรียนรู้ทักษะทางสังคม
8. การได้รับและการให้ข้อมูลข่าวสาร
9. การได้เรียนแบบ
10. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว
11. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้ากลุ่ม
12. การเรียนรู้ถึงความจริงของชีวิต

ปัจจัยการบำบัด (Therapeutic factors) ตามแนวคิดของยาลอม เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการกลุ่มการภายในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การทำกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัด ปัจจัยทั้งหมดจะค่อยๆ พัฒนาและเกิดขึ้นพร้อมๆ กันไปแต่ละปัจจัยช่วยเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

กระบวนการกลุ่มของยาลอม (Yalom, 1995) ประกอบด้วย ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ประเด็นของการสนทนาและการสื่อสาร ในระยะนี้ค่อนข้างเป็นไปได้ที่จะเป็นไปในเชิงสร้างสัมพันธภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการแนะนำตนเอง แจ้งกฎกติกา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่ม สร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจ ระยะเวลายุติกลุ่ม (terminal phase) ในระยะนี้สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึก ร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมาย ประชาชาติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง บอกเรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อน อันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวก กำหนดการยุติกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์ และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไป

ดำเนินชีวิตต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุดตามความเหมาะสม ให้สมาชิกได้มีโอกาสพูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และ ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

3.3 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการกับอาการหูแว่ว

นงคราญ ผาสุก (2535) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

3.3.1 ต้องสังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรก

3.3.2 รวบรวมข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อประกอบการวินิจฉัย

3.3.3 ผู้ป่วยเกิดอาการเมื่อใด ชนิดไหน เป็นอาการที่ไม่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเรื่องจริงต้องยอมรับและให้ความจริงแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ทำให้มี พฤติกรรมแปลกๆ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้น ความเข้าใจและการยอมรับมีความสำคัญมากต่อ เทคนิคการรักษาในขั้นต่อไป พยาบาลจะไม่ต่อต้านความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วย พยาบาล จะต้องตระหนักไว้ในตนเองในการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย

3.3.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก อาการของเขาออกมา โดยที่ พยาบาลไม่สนับสนุน ไม่คล้อยตามหรือตำหนิติเตียน

3.3.5 ในขณะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยควบคุม ตนเองไว้ไม่ให้เกิดจินตนาการขึ้นมา ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน

3.3.6 ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมตนเองอยู่นั้น พยาบาลจะต้องให้ความ มั่นใจกับผู้ป่วย ต้องอธิบายให้บุคคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อจะได้ช่วยหาสิ่งอื่นมาทดแทน ให้กับผู้ป่วยแทนเสียงและจินตนาการที่เขาสร้างขึ้น

3.3.7 จัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยที่มี ต่ออาการหูแว่วให้มาอยู่กับความเป็นจริง จะได้ไม่หมกมุ่นกับอาการ

3.3.8 จัดสภาพแวดล้อมตามสภาพและชนิดอาการของผู้ป่วย ไม่ให้รบกวนผู้ป่วย มากเกินไป

4. โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมจากโปรแกรมการจัดการอาการของธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) ที่ได้ศึกษาตามแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model) ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการอาการ (Symptom experience) ประกอบไปด้วย การรับรู้อาการ คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกถึงอารมณ์พฤติกรรมและความคิดของตนเองมีความผิดปกติไปจาก เดิม การประเมินอาการ คือ การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การ ตอบสนองอาการ คือ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรม 2)

วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (Symptom outcome) ผู้ศึกษาได้ทำการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วขึ้น โดยมี 3 ขั้นตอน ดำเนินการรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ภายในเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้นำกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพและประเมินประสบการณ์ การสร้างสัมพันธภาพที่ตีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ให้เกิดความคุ้นเคย เกิดการยอมรับ ไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และร่วมมือในการเข้ากลุ่มและจากนั้นชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมวัตถุประสงค์กฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่ม หลังจากนั้นก่อนเข้าสู่กิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วโดยผู้นำกลุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินลักษณะและความรุนแรงในแต่ละข้อ นำเข้าสู่การประเมินประสบการณ์ การมีอาการและมีอาการหูแว่ว โดยอธิบายถึง แนวคิดพื้นฐาน เป้าหมายของการประเมินประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว ประกอบไปด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน จากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหูแว่วตามการรับรู้และการประเมินของตนเอง ถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหูแว่วและเปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหูแว่วตามประสบการณ์ในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมการแสดงออก เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งการประเมินประสบการณ์การมีอาการเหล่านี้ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพจะนำมาช่วยในการตัดสินใจ หรือแสวงหาวิธีการในการจัดการที่เหมาะสมด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท และความรู้เรื่องกลยุทธ์หรือวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว ก่อนเข้าสู่กิจกรรมผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมที่ทำในครั้งแรกหลังจากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมครั้งที่ 2 แจกใบให้ความรู้ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มอธิบายเนื้อหาการให้ความรู้ที่ ประกอบด้วย ด้วย ความหมายของโรคจิตเภท อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท อาการสาเหตุ ผลกระทบ การรักษา ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น จากนั้นนำเข้าสู่การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว การให้ความรู้การจัดการกับอาการนี้เป็นการปรับประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยสนับสนุนด้านความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการหูแว่ว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่ว และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ 3 ครั้ง

สอนและฝึกกลยุทธ์หรือวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว การสอนและฝึกกลยุทธ์หรือวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว ก่อนเข้าสู่กิจกรรม ผู้นำกลุ่มซักถามถึงกิจกรรมที่ทำในสัปดาห์ที่แล้ว

และสรุป หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ว่าการฝึกวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วนี้ จะทำการฝึกทั้งสิ้น 3 วันคือ วันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ โดยในการฝึกทักษะนี้จะเป็นการฝึกแบบต่อเนื่อง จนครบ 6 วิธี และจะทำการสรุปบททวนหลังเสร็จสิ้นการฝึก หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะมอบหมายแบบสำรวจตรวจตราตนเองและแบบบันทึกอาการหูแว่วในชีวิตประจำวัน จำนวน 4 ชุด ให้สมาชิกกลุ่มนำกลับไปทำ โดยแบบบันทึกนี้จะอยู่ที่เคาร์เตอร์พยาบาล ให้สมาชิกกลุ่มทำการบันทึกแบบตรวจตราก่อนนอนทุกวัน และทำแบบบันทึกอาการหูแว่ว ทุกวัน ในช่วงเช้า และช่วงบ่าย วิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การใช้วิธีสังเกตตรวจตราตนเองและการใช้วิธีพูดคุยกับคนอื่น

การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองเป็นการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งการสังเกตตรวจตราตนเองวิธีการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการที่เราจะจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าหากเรามีการสังเกตตรวจตราตนเองไม่ถูกต้องตามความจริง ก็อาจทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการได้ การสังเกตตรวจตราด้วยตนเองนั้น จะทำให้สนใจและเอาใจใส่กับอาการหูแว่วอย่างตั้งใจว่าเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร และอะไรทำให้แย่ลงหรือดีขึ้น

การใช้วิธีพูดคุยกับคนอื่นในการจัดการกับหูแว่วด้วยตนเองเป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นการอธิบายความเป็นมาของการนำวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว จะเป็นการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจ การมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การใช้กล้ามเนื้อเสียง การให้ความสนใจเอาใจใส่กับสิ่งที่เราสนใจซึ่งทั้งหมดนี้ตาและหูจะมีการทำงานประสานกันสามารถช่วยลดอาการหูแว่ว

ครั้งที่ 2 การใช้วิธีพูดหยุดหรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินและการใช้วิธีอ่านออกเสียง

การใช้วิธีการพูด หยุด หรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน ในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการหูแว่ว เป็นวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตาม หรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงที่เราได้ยิน โดยวิธีการพูด “หยุด” การที่มีการเปล่งเสียงออกมา ส่วนการเพิกเฉย/ หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน วิธีการนี้เป็นการแสดงท่าทาง ทำเป็นว่าไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน จะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้

การใช้วิธีอ่านออกเสียงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตัวเองเป็นการนำกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีกรอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตัวเอง เป็นการเบี่ยงเบนหรือหันเหจากอาการหูแว่วด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปไปในสิ่งที่สนใจ โดยการใช้กลัมน้ำเกลือตา กลัมน้ำเกลือเสียงและใช้หูทำงานประสานกัน การปฏิบัติก็คือ ให้สมาชิกเลือกอ่านเรื่องที่รู้สึกสบายใจประมาณ 2 นาที เมื่อมีอาการหูแว่ว ในกรณีที่มีอาการมากขึ้น ให้หยุดอ่านหนังสือเรื่องนี้ แล้วให้ไปอ่านเรื่องอื่นๆ แทนจะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้

ครั้งที่ 3 การใช้วิธีฮัมเพลงและการใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ

การใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตัวเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว การใช้วิธีกรฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตัวเอง สำหรับวิธีการฮัมเพลงในการจัดการอาการหูแว่วด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปไปในสิ่งที่สนใจ โดยการใช้กลัมน้ำเกลือเสียงและการใช้หูทำงานประสานกัน ซึ่งมีการศึกษาวิจัยแล้วพบว่าสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้

การใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการฝึกการหายใจในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตัวเองเป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว สำหรับวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดในการจัดการอาการหูแว่ว เป็นการฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กลัมน้ำเกลือกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกลัมน้ำเกลือหน้าท้อง และลำไส้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะช่วยให้หัวใจเต้นช้าลงสมองปลอดโปร่งได้รับออกซิเจนมากขึ้นและทำให้รู้สึกคลายเครียดและช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการ 1 ครั้ง

การทบทวนความรู้ และทักษะการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้นำกลุ่มซักถามถึงกิจกรรมที่ทำในสัปดาห์ที่แล้วและสรุป และรวบรวมแบบสังเกตตรวจตราตนเองและแบบบันทึกอาการหูแว่วในชีวิตประจำวัน ที่มอบหมายให้ทำในสัปดาห์ที่แล้ว ต่อจากนั้นนำเข้าสู่ การอภิปรายประมวลความรู้ ที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมต่างๆที่ผ่านมา โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยาใจ สิทธิมงคล, เจริญ แจ่มแจ้ง และสมจินต์ อรุณพลอด (2543) ได้ศึกษาสถานภาพผู้ป่วยจิตเวชในช่วงก่อนจำหน่ายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 140รายพบว่าการจัดการกับอาการทางจิตอยู่ในระดับดี โดยวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุด 3 อันดับแรก 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ 2) การพยายามไม่แยกตัว 3) การแสวงหาความช่วยเหลือ และยังพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากพยาบาลในระหว่างอยู่โรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายการจัดการกับอาการทางจิตได้ ($p < .05$)

ดวงแก้ว รอดอ่อง (2547) ศึกษาการจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเรื้อรังจำนวน 30 คนพบว่าในช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ามีอาการประสาทหลอนและมีการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ส่วนในช่วงที่มีอาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่รับรู้อาการประสาทหลอน แต่ญาติจะเป็นผู้สังเกตเห็น และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอน พบว่า วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การหาเพื่อนคุย ไม่อยู่คนเดียว รongลงมาคือ การไม่สนใจ ไม่ฟัง หรือทำเฉยๆ การฟังเพลงหรือเปิดวิทยุดังๆ การหางานทำไม่ให้ว่าง การดูโทรทัศน์ การทำใจยอมรับ ตั้งสติและควบคุมสติ การท่อนะโม การออกกำลังกาย การดมยาดม และการทำเสียงดังๆ ตามลำดับ

ธิดารัตน์ คณิ่งเพียร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในโรงพยาบาลศรีธัญญา ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ 18 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน แบ่งโปรแกรมออกเป็น 10 ครั้งๆ ละ 50-60 นาที ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคจิต 2) ประเมินประสบการณ์อาการหูแว่ว 3) สอนวิธีติดตามตนเองเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 4) สอนวิธีพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 5) สอนวิธีการพูดว่า "หยุด" หรือไม่ทำตามเสียงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 6) สอนวิธีการดูโทรทัศน์เพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 7) สอนวิธีการอ่านหนังสือเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 8) สอนวิธีการฮัมเพลงเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 9) สอนวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว 10) ประเมินผลการจัดการกับอาการหูแว่ว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว จะมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วกลุ่มทดลองจะมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)

Buccheri et al. (1997) ศึกษาารูปแบบการจัดการอาการในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว โดยทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแม้รับประทานยา อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คนและกลุ่มควบคุม 6 คนใช้เวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 45 นาที ในแต่ละครั้งใช้วิธีการสอนอย่างมีแบบแผนและใช้เทคนิคการอภิปรายในกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีใหม่ๆในการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้บำบัดจะสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและให้ใช้วิธีที่สอนคราวละ 2 ครั้งเมื่อมีอาการหูแว่ว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้การจัดการกับอาการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่า ลักษณะของอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน ความดัง และจำนวนครั้งในการเกิดเสียงลดลง และเสนอแนะว่าการจัดการกับอาการวิธีหนึ่งไม่สามารถใช้ได้กับทุกคน เนื่องจากแต่ละคนมีประสบการณ์อาการหูแว่วที่แตกต่างกัน และได้ทำการศึกษาติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปีว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหรือไม่ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังคงใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วตลอดระยะเวลา 1 ปี ซึ่งมีผลทำให้ลักษณะอาการหูแว่ว ได้แก่ ความชัดเจน ความดัง และการทำให้วอกแวก เสียสมาธิลดลง

Cohen & Berk (1985) ได้ศึกษารูปแบบการเผชิญกับอาการของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทจำนวน 101 คน ที่คลินิกศูนย์บริการสุขภาพจิตแห่งหนึ่ง โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด-ปิด พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีวิธีการเผชิญกับอาการซึ่งจำแนกออกได้เป็น 9 ด้านคือ การโต้ตอบกลับ (Fighting back) โดยการหยุดคิด การใช้เวลานอก (Time out) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Isolated diversion) เช่น การดูโทรทัศน์ พูดคุยกับเพื่อน การแยกตัวออกจากสังคม (Social diversion) การสวดมนต์ (Prayer) การรักษาด้วยยา (Medical) การใช้สารเสพติด (Drugs) การไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่ามีอะไรมาช่วยเหลือและการไม่ทำอะไรเลยโดยยอมรับอาการนั้น (Dose nothing: accepting) สำหรับวิธีการเผชิญกับอาการที่ใช้บ่อยที่สุดคือ การโต้ตอบกลับ รองลงมาคือ การไม่ทำอะไรเลยโดยยอมรับอาการนั้นโดยวิธีการที่ใช้น้อยที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือการไต่ยา และการไม่ทำอะไรเลยหรือรู้สึกว่ามีอะไรมาช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะใช้วิธีการโต้ตอบกลับในการเผชิญกับอาการซึมเศร้า อาการโรคจิตเภท และปัญหาการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับอาการวิตกกังวลผู้ป่วยจะใช้การใช้เวลานอกและการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการแยกตนเองในการเผชิญกับอาการ สำหรับวิธีการสวดมนต์ส่วนใหญ่จะใช้ในการเผชิญกับอาการของโรคจิตเภทโดยเฉพาะ

Murphy & Moller (1993) ทำการศึกษาการจัดการอาการผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 95 คนโดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 76 คน โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 7 คน โรคซึมเศร้า 12 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อพัฒนาเครื่องมือการจัดการกับอาการ พบว่าวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการระบุจะคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Cohen & Berk (1985) โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ด้านคือ การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การโต้ตอบกลับ การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) การพยายามคิดในทางบวก (Attempt to

feel better) การแยกตัวเอง (Isolation) และการหลีกเลี่ยง (Escape behavior) ในจำนวนวิธีการทั้งหมดนี้พบว่า วิธีการจัดการกับอาการในด้านที่ 1 – 4 เป็นวิธีการที่นำไปสู่สภาพที่มีอาการคงที่ (Stable) และมีภาวะสุขภาพดี สำหรับด้านที่ 5 เป็นวิธีการที่ทำให้อาการคงที่แต่ไม่นำไปสู่ภาวะสุขภาพดี ด้านที่ 6 เป็นวิธีการนำไปสู่การมีอาการผิดปกติ

Trygstad et al (2002) ได้ศึกษาผลระยะสั้นของการสอนการจัดการพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วเป็นเวลา 10 สัปดาห์โดยพิจารณาจากลักษณะของอาการหูแว่ว 7 ประการ คือ ความถี่ของการเกิดอาการหูแว่ว ความดังของเสียงแว่ว การควบคุมสามารถในการควบคุมเสียง ความชัดเจนของเสียงแว่ว ลักษณะน้ำเสียงที่ได้ยิน การรบกวนของเสียงและความทุกข์ทรมานจากการได้ยินเสียงแว่ว และศึกษาเปรียบเทียบสถานะทางอารมณ์ (Mood state) ได้แก่ ระดับของความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการสอนวิธีการจัดการอาการหูแว่ว การศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental repeated measured design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 62 คนที่เป็นโรคจิตเภทและมีอาการหูแว่ว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดย DSM 4 เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ มีรายงานอาการหูแว่วอย่างน้อย 10 นาทีต่อวันในช่วงเวลา 3 เดือนก่อนหน้า มีความต้องการที่จะเรียนรู้กลยุทธ์ใหม่ในการจัดการอาการหูแว่ว ได้รับยา Antipsychotic อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนของลักษณะของอาการหูแว่ว ได้แก่ ความถี่ การควบคุมตนเอง ความชัดเจน โทนเสียง การรบกวนของเสียงและความทุกข์ทรมานมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่า อาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลง สำหรับสถานะทางอารมณ์ของผู้ป่วยพบว่า ระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร่าลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

Buccheri et al. (2004) ทำการศึกษาผลระยะยาวของการสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วต่อลักษณะของอาการหูแว่ว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยศึกษาการทดลองใช้กลยุทธ์การจัดการทางด้านพฤติกรรม (Behavioral management strategies) ในการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทของ Trygstad et al. (2002) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 72 คน ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ วิธีจัดการกับอาการหูแว่วที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้และมีผลดีกับอาการดีที่สุดคือ การพูดกับคนอื่น การใส่เครื่องอุดหู และภายหลังจากการฝึกครบ ในเดือนที่ 3, 6, 9, และ 12 พบว่า ลักษณะของหูแว่วในด้านความถี่ ความชัดเจนของเสียงแว่ว การรบกวนลดลง และการควบคุมตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความดังของเสียง

Birchwood & Trower (2004) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการทางจิตรวมทั้งอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชในเมือง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงมีคะแนนความมั่นใจในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการดูแลของทีมสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการเพิ่ม

ความมั่นใจของผู้ป่วยด้วย สรุปว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการด้วยวิธี
หลีกเลี่ยงมากกว่าวิธีอื่น การใช้วิธีหลีกเลี่ยงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การได้รับความ
กระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในวัยผู้ใหญ่ การประเมินตนเองในทาง
ลบและความเชื่อในความสามารถของตนเอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การจัดการกับอาการหูแว่ว

พัฒนามาจากแนวคิด Dodd, (2001) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์และการให้ความรู้

ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคและอาการทางคลินิกและความรู้เรื่อง

กลยุทธ์หรือวิธีในการจัดการกับอาการหูแว่ว

ขั้นตอนที่ 2 การสอนและฝึกทักษะ กลยุทธ์วิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว

ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การใช้วิธีการตรวจตราตนเองและการใช้วิธีพูดคุยกับคนอื่น

ครั้งที่ 2 การใช้วิธีการพูด หยุด หรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินและการใช้

วิธีการอ่านออกเสียง

ครั้งที่ 3 การใช้วิธีฮัมเพลงและการใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการ

ฝึกการหายใจ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของกลยุทธ์การจัดการกับอาการหูแว่ว

ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมดังนี้

การทบทวนความรู้ ทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วและ

ประเมินผลของกลยุทธ์การจัดการกับอาการ

ลักษณะ

และ

ความ

รุนแรง

ของ

อาการ

หูแว่ว