

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรงและมีอัตราความชุกค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชชนิดอื่นๆ โดยประชาชนทั่วไปมีโอกาสของการเกิดโรคประมาณร้อยละ 1 ถึง 1.5 และโรคนี้จะมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้อีก (Kaplan & Sadock, 1998) จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 50 (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994) สำหรับในประเทศไทยมีการเก็บรวบรวมจำนวนผู้ป่วยจำแนกโรคตาม ICD 10 อย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 93,929 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 46.65 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2548) และจากรายงานประจำปีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีจำนวน 1,009 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง 477 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.27 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และมีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำสองครั้ง ขึ้นไปถึงร้อยละ 38.37 (รายงานประจำปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2548) การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลทำให้มีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (APA, 1994) และอาการทางจิตที่กำเริบอาจมีความรุนแรง จนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายได้ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระในการดูแลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจจนทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ยังส่งผลกระทบต่อสังคมทำให้รัฐต้องสูญเสียบประมาณค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ จากการประมาณต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรคจิตเภทในปี ค.ศ. 1983 ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีถึง 42.2 พันล้านเหรียญสหรัฐและอาจมีแนวโน้มถึง 155 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2007 (Murphy & Moller, 1993) สำหรับในประเทศไทยเคยมีการศึกษาต้นทุนการรักษาโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่าต้นทุนผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีค่าเฉลี่ยประมาณ 175.36 บาท/ครั้ง ส่วนต้นทุนผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีค่าเฉลี่ย 9,446.17 บาท/ครั้ง ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าต้นทุนผู้ป่วยอื่นถึง 1 : 17 (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์, ภัสรา เชนฐโชติศักดิ์ และคณะ, 2536) แสดงให้เห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้นทุนการรักษามีค่าสูงขึ้น

จากการศึกษาอุบัติการณ์การมีอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการนำเกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีระยะเวลาของการเกิดอาการนำนานตั้งแต่ 4-6 สัปดาห์ (Baker, 1995) ระยะเวลาของการมีอาการนำจึงเป็นระยะสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นก่อนที่จะเกิดอาการทางจิตรุนแรง ปัจจุบันจึงมีการศึกษาถึงลักษณะ

การมีอารมณ์นำในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ จากการศึกษาของ Heinrichs & Carpenter (1985) พบว่ากลุ่มอาการทางจิตจะเป็นกลุ่มอาการนำที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการหูแว่วและอาการระแวงซึ่งสงสัย (hallucination and suspiciousness) รองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ (change in sleep) วิตกกังวล (anxious) การคิดไม่เหมาะสมและการมีพฤติกรรมก้าวร้าว (cognitive in efficiency and anger/hostility) จากข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการประเมินอาการด้วยตนเองและมีความพยายามที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ด้วยตนเอง โดยความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามค้นหาวิธีการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ที่จะก่อให้เกิดอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Baker, 1995) จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าอาการหูแว่วเป็นอาการนำ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เป็นอาการนำของตนเองได้ และขณะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการหูแว่วก็ยังมีให้เห็นอยู่เป็นจำนวนมากซึ่งบางครั้งเสียงหูแว่วนี้ทำให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วยเองและผู้อื่นได้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วของตนเองได้

อาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “หูแว่ว” เป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการหูแว่ว หมายถึง การได้ยินที่ผิดไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก หรือการรับรู้ความรู้สึกทางการได้ยินที่ไม่คงอยู่ในความเป็นจริง (Asaad & Shapiro, 1986; Kaplan & Saddock, 2003; อังโนธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548) ผู้ที่มีอาการนี้มักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราวและขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวคืออยู่ตลอด มิใช่ได้ยินเสียงเพียงแค่เสียงคนที่เรียกชื่อบางครั้งหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น อาการนี้ พบในผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 75 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) หูแว่วที่พบบ่อย คือ แ่ววเสียงคนพูดคุยกันหรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (Voice arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียงคนเดียวต่อว่าหรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็จะวิพากษ์วิจารณ์ไปหมด (Voice commenting) (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542)

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตาม มีแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของอาการหูแว่วว่ามาจากการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะสารสื่อประสาทที่เรียกว่า Dopamine แนวคิดนี้เชื่อว่าอาการหูแว่วเกิดจากการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนที่มากเกินไป โดยเฉพาะในระบบ Mesolimbic tract (Asaad & Shapiro, 1986; Kaplan & Saddock, 2003; อังโน สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) สมมุติฐานนี้มาจากผลการศึกษาการรักษาโรคจิตหรือยาในกลุ่ม neuroleptics ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีนที่ใช้รักษาอาการหูแว่วในปัจจุบัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ส่วนทางด้านจิตใจ เกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวันเป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาพบว่า

ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาจะทำให้อาการหูแว่วหายไปอย่างสมบูรณ์ หากผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนอีกร้อยละ 30 ยังคงมีอาการหูแว่วทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยา แต่ยาไม่มีผลต่ออาการหูแว่วเลย อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ยานี้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆได้ เช่น น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง อารมณ์ราบเรียบและรู้สึกกระวนกระวาย (Baker, 1995 อ้างใน ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548) ดังนั้นการรักษาอาการหูแว่วที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยโดยโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วจะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว มีความคิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน บางรายมีความทุกข์มากจนกระทั่งไม่อยากจะทำอะไร คิดหมกมุ่นอยู่ในโลกของตนเอง บางรายมีการแสดงออกด้วยการพูดคนเดียว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ขาดจุดมุ่งหมายในการแสดงพฤติกรรม บุคลิกภาพบกพร่องแยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง การแต่งกายสกปรก แปลกประหลาด ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่การงาน สูญเสียทักษะทางสังคม (Martin & Osborne, 1989; Moller & Murphy, 2001 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) รวมทั้งยังพบอีกว่า อาการหูแว่วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานและเกิดขึ้นมากเท่าใด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ (Falloon & Talbot, 1981 อ้างใน ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548) พบว่าร้อยละ 28 ของผู้ที่มีอาการหูแว่วอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีหลายงานวิจัยพบว่าอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ใจ ซึมเศร้า รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอารมณ์ และเศรษฐกิจ ทั้งนี้เนื่องมาจากความวิตกกังวลต่ออาการหูแว่วของผู้ป่วยและตราบาปของสังคม (Brady & McCain, 2004) สุดท้ายครอบครัวแก้ปัญหาโดยการขอให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป (วารุณี ตั้งเสรี และคณะ, 2538)

ในฐานะผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยนิติจิตเวช ผู้ป่วยสารเสพติด และมีสถิติผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.27 ปัญหาที่พบบ่อยจากการปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วส่วนหนึ่งยังคงมีอาการหูแว่ว แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอจากการสำรวจขอดผู้ป่วยของหน่วยงานในเดือนกันยายน 2549 พบว่ามีขอดผู้ป่วยทั้งหมด 56 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่ยังคงมีอาการหูแว่วแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยยังคงมีอาการหูแว่ว จำนวน 11 คน และพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน มีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วที่แตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์

ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว บางรายบอกว่าเวลามีเสียงหูแว่วจะหงุดหงิด รำคาญ โมโห ไม่รู้จะจัดการกับเสียงที่ได้ยินอย่างไร บางรายมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยการใช้มีดทาบที่ศีรษะ เพื่อให้เสียงหูแว่วหายไป บางรายมีเสียงสั่งให้ไปกระโดดตึกสูงๆ บางราย มีเสียงหูแว่วสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น บางรายมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม มีอาการพูดคุยคนเดียวและจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มี ผู้ป่วยทำร้ายกันเวลาค้นหาสาเหตุ ก็จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงเพื่อนด่าว่าตนเอง ถ้าชกต่อยกับตนเอง ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น จากข้อมูลที่ได้ช่วยให้ผู้ศึกษาเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการหูแว่วมากและมีความพยายามที่จะจัดการกับอาการหูแว่ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพและไม่มีแหล่งช่วยเหลือ จึงคงทนทุกข์ทรมานกับอาการและเป็นสาเหตุให้อาการกำเริบและต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ปัจจุบันแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่การให้บริการในด้านการส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู โดยการให้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มจิตบำบัด ฯลฯ ยังไม่มีกลุ่มเฉพาะในเรื่องการจัดการกับอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จึงยังไม่สามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ที่จะพยายามให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว รับรู้ถึงเสียงหูแว่วเป็นอย่างไรและให้มีความรู้เรื่องวิธีการจัดการอาการหูแว่วด้วยวิธีต่างๆ ด้วยตนเอง และมีทักษะในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง สามารถควบคุมอาการหูแว่วไม่ให้เกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาสาเหตุของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาสม่ำเสมอแต่ยังคงมีอาการหูแว่ว ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ อย่างไรก็ตามในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ยังคงมีอาการหูแว่วจำนวนมาก พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วจะใช้วิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม เช่น ชาวซาอุดีอาระเบียมักใช้วิธีการจัดการที่สัมพันธ์กับศาสนา ในขณะที่ชาวสหราชอาณาจักร นิยมใช้ความบันเทิงหรือการผ่อนคลาย (Lakeman, 2000) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักใช้วิธีการหลีกเลี่ยง (avoid) มากที่สุด (Tait et al. 2004) ผู้ป่วยจะใช้วิธีที่เคยใช้บ่อยๆ แม้จะไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด จากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับอาการมีหลายปัจจัย คือ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย (Nayani, David. 1996) ความเชื่อเกี่ยวกับเสียง (Tait et al. 2004; Birchwood and Chadwich. 1997) และการสนับสนุนทางสังคม (Singh, Sharan, Kulhara. 2002) และมีความพยายามที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทขึ้น ซึ่ง Model of symptom management ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มีแนวคิดว่าการทำความเข้าใจการจัดการอาการจะต้องทราบมิติที่สัมพันธ์กัน ซึ่งได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ

(Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome)

จากที่กล่าวมาข้างต้น Model of symptom management นั้นเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการอย่างเป็นระบบด้วยตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตมาช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองที่ผู้ป่วยเคยใช้ และเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนแต่มีประสิทธิภาพในการลดอาการหิวแหว่ของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ของธิดารัตน์ คณิงเพียร ที่พัฒนาจากแนวคิดจาก Model of symptom management ของ Dodd et al. (2001) โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงสาเหตุ อาการและการรักษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และสอนกลยุทธ์การจัดการอาการหิวแหว่วิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี และลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดการอาการหิวแหว่ด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการหิวแหว่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังส่งผลต่อการลดความรุนแรงของโรคจิตเภท และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและงบประมาณของประเทศชาติ

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิด Model for symptom management ของ Dodd et al. (2001) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการจัดการอาการเป็นกระบวนการประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) 2) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) ทั้ง 3 มิติมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพโดยที่ประสบการณ์การมีอาการ เป็น การที่ผู้ป่วยเรียนรู้ประสบการณ์จากการมีอาการต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้อาการของตน ประเมินความหมายของอาการและปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการ เป็น กระบวนการที่เป็นพลวัตร กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แนวคิดนี้เชื่อว่า อาการทุกอาการมีความหมายและจำเป็นต้องมีการจัดการอยู่ตลอดเวลา เป้าหมายของการจัดการคือ การลด

ความรุนแรง นอกจากนี้การจัดการอาการขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ เป็นผลที่ได้จากการใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ตัวอย่างดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง อาการ ลักษณะและความรุนแรง คุณภาพชีวิต เป็นต้น และทั้ง 3 มิติของกระบวนการจัดการอาการนั้น ยังมีตัวแปรซึ่งมีอิทธิพล ได้แก่ บุคคล (Person) สุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการอาการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของริคาร์ตัน คณิงเพียร์ (2548) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยการจัดการอาการดูแล จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอาการดูแลและมีกระบวนการจัดการอาการที่เป็นระบบ เริ่มจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการมีอาการดูแลดูแลวิถีที่เคยใช้ในอดีตร่วมกัน แล้วจากนั้นพยาบาลช่วยเสนอแนะวิธีการใหม่ ซึ่งแสวงหาได้ง่ายในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ในอดีต ทำความเข้าใจร่วมกันโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์เดิมมาช่วยในการตัดสินใจแสวงหา วิธีการที่นำไปใช้ในการลดอาการดูแลของผู้ป่วยลดลง และฝึกฝนทักษะในการจัดการอาการดูแล ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 สัปดาห์ๆ ละ 2 กิจกรรม และสัปดาห์ที่ 5 อีก 1 กิจกรรมๆ ละ 50 - 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต ทำให้สมาชิกมีความคุ้นเคยรู้จักและไว้วางใจกัน ลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เป็นการทำความเข้าใจรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการอาการดูแล และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา รวมถึงความสำคัญของการจัดการอาการดูแลด้วยตนเองซึ่งจะทำให้สามารถประเมินอาการตนเองได้ดียิ่งขึ้น (ริคาร์ตัน คณิงเพียร์, 2548)

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการดูแล ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom Experience) เป็นการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการดูแลที่เกิดขึ้นกับสมาชิก ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ให้ผู้ป่วยเปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการดูแล ตามการรับรู้และการประเมินของตนเอง ถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการดูแล และเปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการดูแลตามประสบการณ์ของตนเองในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการดูแลนี้

จะนำมาช่วยในการตัดสินใจ หรือแสวงหาวิธีการในการจัดการที่เหมาะสมด้วยตนเอง ( ธิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548 และ Bucherri et al. 1997)

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งการสังเกตตรวจตราตนเองวิธีการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการที่เราจะจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าหากเรามีการสังเกตตรวจตราตนเองไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ก็อาจทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการได้ การสังเกตตรวจตราตนเองนั้น จะทำให้สนใจและเอาใจใส่กับอาการหูแว่วอย่างตั้งใจว่าเกิดขึ้นเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และอะไรทำให้แย่ลงหรือดีขึ้น และการทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเองจะทำให้รู้ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอาการหูแว่วซึ่งจะเป็นประสบการณ์ในการระมัดระวังตัวหรือตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม ( ธิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548 และ Bucherri et al. 1997)

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเองเป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เป็นการอธิบายความเป็นมาของการนำวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว จะเป็นการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจการมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การให้ความสนใจเอาใจใส่กับสิ่งที่เราสนใจซึ่งทั้งหมดนี้ตาและหูจะมีการทำงานประสานกันสามารถช่วยลดอาการหูแว่ว ( ธิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548 Bucherri et al. 1997 และ Carter, Mackinnon and Copolov. 1996)

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการ เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการหูแว่ว เป็นวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตามหรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงที่เราได้ยิน โดยวิธีการพูด “หยุด” การที่มีการเปล่งเสียงออกมา ส่วนการเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน วิธีการนี้เป็นการแสดงท่าทาง ทำเป็นว่าไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน จะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ ( ธิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548 และ Bucherri et al. 1997)

กิจกรรมที่ 6 การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการเบี่ยงเบนหรือหันเหจากอาการหูแว่วด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่

สนใจ โดยการใช้กล้ำมเนื้อตา และใช้หูทำงานประสานกัน การปฏิบัติก็คือ ให้สมาชิกเลือกอ่านเรื่อง ที่รู้สึกสบายใจประมาณ 2 นาที เมื่อมีอาการหูแว่ว ในกรณีที่มีอาการมากขึ้น ให้หยุดอ่านหนังสือ เรื่องนี้ แล้วให้ไปอ่านเรื่องอื่นๆ แทนจะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ (ชิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548 และBucherri et al. 1997, Carter, Mackinnon and Copolov. 1996)

กิจกรรมที่ 7 การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง สำหรับวิธีการฮัมเพลงในการจัดการอาการหูแว่วด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่สนใจ โดยการใช้กล้ำมเนื้อเสียงและใช้หูทำงานประสานกัน ซึ่งมีการศึกษาวิจัยแล้วพบว่าสามารถลด ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ (ชิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548 และBucherri et al. 1997)

กิจกรรมที่ 8 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการ เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว สำหรับวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดในการจัดการอาการหูแว่ว เป็นการฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ำมเนื้อกระบังลม บริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ำมเนื้อหน้าท้อง และถ้าได้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะช่วยให้หัวใจเต้นช้าลงสมองปลอดโปร่งได้รับออกซิเจนมากขึ้นและทำให้รู้สึกคลายเครียดและช่วยลดลักษณะ และความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ (ชิคาร์ตัน คณิงเพียร, 2548และBucherri et al. 1997)

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เป็นการร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆ ของผู้ป่วยในการจัดการอาการหูแว่ว โดยมีมุ่งศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วยการวัดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการอาการหูแว่ว วิธีต่างๆ ที่นำไปใช้แล้วช่วยลดอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด และวิธีการต่างๆ ที่นำไปใช้แล้วเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือช่วยลดอาการหูแว่ว

เมื่อเสร็จจากการเข้ากลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงลักษณะอาการและการรักษา และความสำคัญของการจัดการกับอาการ ได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว ซึ่งจะนำมาช่วยในการตัดสินใจ หรือแสวงหาวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมด้วยตนเอง ได้เรียนรู้และฝึกทักษะวิธีการจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆ ในการจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมกับตัวเองได้



## สมมุติฐานในการศึกษา

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว

## ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest - posttest design) โดยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
3. ตัวแปรที่ศึกษา
  - ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว
  - ตัวแปรตาม คือ ลักษณะและความรุนแรง ของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยกระบวนการกลุ่ม ในการส่งเสริมพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยพัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) โปรแกรมประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มโดย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดย สัปดาห์ที่ 1-4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 กิจกรรม และสัปดาห์ที่ 5 อีก 1 กิจกรรม ๆ ละ 50 – 60 นาที จัดกิจกรรมในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต หมายถึง การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและสมาชิกเพื่อให้มีความคุ้นเคยรู้จักและไว้วางใจกัน โดยผู้ศึกษาแนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรม วัตถุประสงค์การเข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการและการรักษา มีการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ อาการทางจิตและผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและวิธีการจัดการอาการทางจิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหูแว่วร่วมกัน เปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหูแว่วตามการรับรู้และการประเมินของตนเอง ถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหูแว่ว และเปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหูแว่วตามประสบการณ์ของตนเอง มีการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กัน

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาทำความเข้าใจกับสมาชิกถึงลักษณะและการสังเกตตรวจตราตนเอง ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กัน นำเสนอการทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเอง อธิบายวิธีการกรอกข้อความลงในแบบบันทึก ให้สมาชิกลงมือทำแบบบันทึก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกลองฝึกปฏิบัติในชั่วโมง และให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่วโดยการใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับ วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการหูแว่ว แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันและให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่วโดยการใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 6 การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่ว ซักถามประสบการณ์การอ่านหนังสือในชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันและให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่วโดยการใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 7 การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง ให้สมาชิกสาธิตวิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่ว ให้สมาชิกลองฝึกทักษะการฮัมเพลงในซังโหมงและให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่วโดยการใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 8 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ ในการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม ของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการหูแว่ว และให้สมาชิกได้ทดลองฝึกปฏิบัติจริงและให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่วโดยการใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึงการปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับอาการหูแว่ว แสดงความรู้สึกร่วมต่อการเข้าร่วมโปรแกรม รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหูแว่วจากแบบประเมินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว หมายถึง การประเมินลักษณะของอาการหูแว่วตามประสบการณ์ ของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องเกี่ยวกับลักษณะ และความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยใช้เครื่องมือประเมินลักษณะและความรุนแรง ของอาการหูแว่วของ ธิดารัตน์ คณึงเพ็ชร (2548) ที่ดัดแปลงมาจาก Auditory hallucination Questionnaire ของ Bucherri et al. (2002) เครื่องมือนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ในลักษณะต่าง ๆ 10 ลักษณะ และแต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก ซึ่งลักษณะข้อคำตอบแบ่งเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 6 ระดับ คือระดับคะแนน 0-5 คะแนน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักการวินิจฉัยโรคของ ICD 10 และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นผู้ที่ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทเรื้อรังบำบัดและประเภทบำบัดระยะยาว ร่วมกับมีประวัติการมีอาการหูแว่วเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการจัดการอาการหิวแหว่ไปใช้ในการจัดการอาการหิวแหว่ได้ด้วยตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้อยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข หรือดูแลตนเองได้ตามสมควร ไม่ต้องเป็นการระแวกญาติและผู้ดูแล
2. ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการอาการหิวแหว่ ลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ลดลง ส่งผลให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้อาการกำเริบลดลง ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดการกลับเป็นซ้ำ ช่วยประหยัดงบประมาณค่ารักษาพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการจัดการอาการในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ