

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่ส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงของโรครุนแรงยาวนานและเรื้อรัง (Buchanan and Carpenter, 2000) ความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5-1 (NIMH, 2003; Kaplan & Sadock, 2000) และคาดประมาณว่ามีประชากรประมาณ 45 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 33 ล้านคนพบในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 1992) สำหรับประเทศไทยมีการเก็บรวบรวมจำนวนผู้ป่วยจำแนกโรคตาม ICD 10 อย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 93,929 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 46.65 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2548) และในปี พ.ศ. 2550 จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) โรคจิตเภทยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน มีภาวะพึ่งพิงสูง และมีอัตราการกำเริบของโรคสูง โดยพบว่า ร้อยละ 50-70 จะกลับมามีอาการกำเริบของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) จะทำให้เกิดการป่วยซ้ำ ในการป่วยแต่ละครั้งจะส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเสื่อมลงอย่างมาก ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม (APA, 1994)

จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า อาการหูแว่วเป็นอาการนำสำคัญก่อนการกลับเป็นซ้ำ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีระยะเวลาของการเกิดอาการเตือน ก่อนอาการกำเริบรุนแรงนาน 4-6 สัปดาห์ ระยะเวลาของอาการนำเป็นระยะที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือก่อนการเกิดอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งอาการก่อนกำเริบนี้ได้มีการศึกษาถึงอาการเตือน เพื่อนำไปวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้กลุ่มอาการเตือนที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการหูแว่ว (Heinrichs & Caspenter, 1985) เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษซ้ำ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เป็นอาการเตือนของตนเองได้ และถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและรับประทานยาต่อเนื่องผู้ป่วยก็ยังคงมีอาการหูแว่ว ซึ่งอาการหูแว่วนี้จะนำไปสู่ปัญหากับตนเองและผู้อื่น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการหูแว่วได้ (Baker, 1995) อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) พบได้ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) อาการหูแว่วเป็นอาการเตือนว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะกำเริบ (Active phase) และอาการกำเริบจะ

ดำเนินอยู่ในช่วง 4-6 สัปดาห์ ถ้าไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ จะนำไปสู่การมีอาการทางจิตระดับรุนแรง (Davies et al., 2001)

จากการศึกษาพบว่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ คือ ลักษณะของหูแว่ว ที่เป็นเสียงพูดตำหนิ พูดชม พูดข่มขู่ ต่อว่า วิพากษ์วิจารณ์ จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) และความถี่ ความดัง ของการมีอาการหูแว่วถ้าเกิดตลอด 24 ชั่วโมง จะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก (Buccheri et al., 1997) ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความทุกข์ทรมานหรือความสบาย ซึ่งหากไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ จะมีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) ส่งผลให้เกิดความรุนแรงไม่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับอาการนี้ตลอดเวลาจนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดตีความต้องการด้วยอาการหลงผิดต่างๆซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง ทำให้มีปัญหาในด้านการปฏิบัติหน้าที่ การทำกิจกรรม ต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Buccheri et al., 1996) เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ผู้ที่มีประสบการณ์การได้ยินเสียงแว่วอธิบายว่า หูแว่วเป็นสิ่งรบกวนที่ทำให้รู้สึกเครียด ทุกข์ทรมาน เบื่อหน่าย และวิตกกังวล (Trygstad et al., 2002) การตอบโต้อาการหูแว่ว ซึ่งเป็นเสียงที่สั่งให้ผู้ป่วยกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงให้ไปกระโดดตึกตาย หรือเสียงสั่งให้ไปทำร้ายผู้อื่น (Wykes, 2005) ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ หรือไม่มีวิธีการในการจัดการกับอาการที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า หรืออาจมีอาการมึนงง ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Moller & Murphy, 2001) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือ พูดคุยกับผู้อื่น ในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วเรื้อรัง จะส่งผลต่อความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตนเองจากสังคมและสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง และส่งผลให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคมลดลง (Moller & Murphy, 2001) ซึ่งอาการเหล่านี้จะนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สาเหตุของอาการหูแว่วยังไม่แน่ชัด แต่ในปัจจุบันเชื่อว่า อาการหูแว่วเกิดจาก 3 สาเหตุ คือ 1) ด้านสมอง และ 2) ด้านสารสื่อประสาท เป็นความผิดปกติของชีวเคมีในสมองทำให้ระดับโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้น ร่วมกับความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนเทมโพรอลและฟรอนทอล ที่ทำงานมากกว่าปกติ 3) ด้านจิตสังคม ประสบการณ์ พบว่า อาการหูแว่วสัมพันธ์กับการมีความเครียด ร่างกายอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอและปัญหาหรือประสบการณ์ที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากสาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดอาการหูแว่ว (Hub, 2004)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่มากควบคุมโดยเฉพาะเสียงแว่วนั้นเป็นเสียงตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วย และคอยควบคุม

ชีวิตผู้ป่วยโดยตรงจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามีพลังมีอำนาจ ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมาน รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (England, 2005) และถ้าผู้ป่วยมีหูแว่วที่คงอยู่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ซึมเศร้าแยกตัว มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หากไม่สามารถควบคุมได้ก็จะเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น (Buccheri et al., 2004) ความดังของเสียงที่ได้ยินมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดอาการหูแว่วและ ความรุนแรงของการเกิดอาการหลงผิด อาการหูแว่วยิ่งทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้ายิ่งมากขึ้นตามมา (Buccheri et al., 2004) ผู้ป่วยที่มีหูแว่วแบบสั่งการกระทำของผู้ป่วยจะมีประวัติทำร้ายตนเอง พบร้อยละ 53 ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีจัดการกับเสียงแว่วที่ได้ยิน (Lee et al., 2004) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติถูกทำร้ายและมีอาการหูแว่วจะมีความคิดหวาดระแวง ได้ยินเสียงแว่วบ่อย โดยเฉพาะเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง พบว่า ร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ได้ยินเสียงแว่ว อย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย บุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตต่ำและไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงที่ได้ยิน จะมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับตนเอง มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า บางครั้งผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับความทุกข์ทรมานโดยใช้สารเสพติดซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรง ส่วนมากผู้ป่วยจะต่อสู้กับเสียงที่ไม่เป็นมิตร ซึ่งกลวิธีนี้ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางอารมณ์และมองโลกในแง่ร้าย (Gilbert et al., 2001) ความทุกข์ทรมานที่เรื้อรังและการปรับตัวที่ล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นมิตร ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีหลายวิธี ได้แก่ การบำบัดรักษาด้านร่างกาย การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ การบำบัดรักษาด้านร่างกาย ประกอบด้วยยา (Heinssen et al., 2000) และการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตมีผลทำให้ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอาการหูแว่วยังคงอยู่แต่ความรุนแรงลดลง โดยที่ร้อยละ 30 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Buccheri et al., 2004) ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา (Trygstad et al., 2002) นอกจากนี้การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ เช่น ตัวแข็ง น้ำหนักเพิ่ม ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย และไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทายตาม แนวทางการรักษาของแพทย์ (Jenner et al., 2004)

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2551 และ 2552 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 725 คน และ 752 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีจำนวน 369 คน และ 473 คน คิดเป็นร้อยละ 50.08 และ 62.89 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดตามลำดับ (รายงานประจำปี

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2552) และจากข้อมูลในเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 – มีนาคม 2552 มีจำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 50.73 ของผู้ป่วยจิตเภทในปีงบประมาณ 2552 โดยที่ผู้ป่วยจำนวน 148 คนจาก 240 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 62 มีอาการทางจิตรุนแรง ที่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องพามาพบแพทย์โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ และแพทย์พิจารณาไว้รักษาในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย คือ อาการหวาดระแวง กลัว หรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน โดยพบว่าระยะอาการทางจิตกำเริบจะมีอาการหูแว่วร่วมด้วยเสมอ อาการหูแว่วดังกล่าวจะมีลักษณะและความรุนแรงในเรื่อง พูดตำหนิ พูดข่มขู่ คำว่า นินทา ชูจะฆ่าหรือทำร้าย บางครั้งเป็นเสียงสั่งให้ทำไม่ดี สั่งให้ฆ่าตัวตาย ให้ฆ่าผู้อื่น เป็นได้ทั้งเสียงผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนความถี่ ความดัง ความชัดเจนของอาการหูแว่วก็จะแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่เมื่ออาการหูแว่วเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความรุนแรงและความทุกข์ทรมานตามมา เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ ทำให้หมกมุ่นกับอาการหูแว่ว เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง บางรายมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น บางรายมีอาการมณีโครธ ก้าวร้าวรุนแรงทำลายข้าวของ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางรายวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2552)

สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของจิตแพทย์และได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 25 - 30 ของอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีผลทำให้อาการหูแว่วยังคงอยู่ตลอดไป (Buccheri et al., 2004) ในการรักษาอาการในระยะอาการทุเลาพบว่า การรักษาแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคมเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Jenner et al., 2004) ส่วนการดูแลโดยพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ มีการให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติในการดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมกลุ่มบำบัดซึ่งยังเป็นลักษณะดำเนินการในภาพรวมสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการทางจิตสงบพอที่จะเข้ากลุ่มบำบัดได้ ซึ่งไม่ตอบสนองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วที่ผ่านพ้นระยะอาการกำเริบแล้วหรือที่หน่วยงานเรียกว่าอยู่ในระยะเร่งรัดบำบัดและบำบัดระยะยาว ผู้ป่วยที่อยู่ในทั้งสองระยะนี้จะมีอาการต่างๆที่เป็นกำเริบ เริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง สามารถสื่อสารได้ดีขึ้น อาการด้านบวก เช่น หงุดหงิด หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด ยังคงมีอยู่ แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ ลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการปรับตัวให้

เข้ากับสิ่งแวดล้อม ควบคุมอาการป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ สามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้และป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา ถึงอย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ในระยะนี้แล้วแต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ตลอด ซึ่งปัญหานี้ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หน่วยงานยังไม่สามารถจัดการหรือช่วยเหลือได้เพราะยังขาดโปรแกรมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะถ้าอาการหูแว่วนั้นคุกคามหรือเป็นเสียงสั่งอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว ทุกข์ทรมาน กังวลหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษานำแนวคิดมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การบำบัดด้วยการจัดการกับอาการ (Symptom management) พบว่า บุคคลที่จะสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ที่มีผลต่อการรับรู้อาการเพื่อนำมาตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขอาการที่เป็นปัญหา และตอบสนองต่อปัญหาภายหลังที่เกิดปัญหาขึ้น เพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง กลายเป็นกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) หรือวิธีดูแลตนเองตามผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (Symptom outcome) ที่ต้องการ (Dodd et al., 2001) จะทำให้สามารถเผชิญกับเสียงแว่วได้อย่างเหมาะสม (Buccheri et al., 1996)

แนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management) ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดอาการหูแว่ว อาการทางคลินิกด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาวิจัยพบว่าสามารถนำมาจัดการกับอาการหูแว่วได้ โดยมีรูปแบบการบำบัดที่ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย การสอนกลยุทธ์การจัดการกับพฤติกรรม ได้แก่ เทคนิคการเตือนตัวเอง เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการรับประทานยาต้านโรคจิต พบว่า สามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ในเรื่อง ความถี่ ความดัง ความชัดเจน น้ำเสียง และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย ลดความรู้สึกวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานได้ (Buccheri et al, 1996, 1997, 2004; Trygstad et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ที่ได้มีการนำแนวคิดการจัดการกับอาการมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วจะมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วกลุ่มทดลองจะมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)

จากที่กล่าวมาอาการหูแว่วมีความสัมพันธ์กับลักษณะและความรุนแรง ที่ก่อให้เกิดปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำเพราะไม่สามารถจัดการกับอาการได้ เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (APA, 1994) ดังนั้นการจัดการกับอาการหูแว่วเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช ผู้ศึกษาได้พัฒนา โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management) ของ Dodd et al. (2001) เพื่อบรรเทาอาการที่เป็นปัญหา และจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย (Dodd et al., 2001) การที่พยาบาลเห็น ความสำคัญของการประเมินการรับรู้ จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้ตรงกับ สภาพปัญหาและความต้องการ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วย ตนเอง

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

จากการศึกษาพบว่าอาการหูแว่วเป็นอาการทางจิต ที่เป็นอาการเตือน (Prodromal sign) ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการกำเริบ (ธวัชชัย กฤษณะประกฤษ, 2544) โดยลักษณะของอาการหูแว่ว มักจะเป็นเสียง ชมชู่ คำว่า นินทา สั่งให้ทำสิ่งไม่ดี ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและความ ทุกข์ทรมาน กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Buccheri et al., 2004) ผู้ป่วยร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ได้ ยินเสียงแว่ว อย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย บุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตต่ำ และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงที่ได้ยินได้ และร้อยละ 53 ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีจัดการกับอาการหูแว่ว (Lee et al., 2004)

แนวคิด Model for symptom management ของ Dodd (2001) เชื่อว่ากระบวนการ จัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 3 มิติ คือ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองอาการ 2) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์จากการจัดการ กับอาการ (Symptom outcome) ทั้ง 3 มิติมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการจัดการกับอาการ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ประสบการณ์การมีอาการทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และรับรู้อาการของ ตนเอง สามารถประเมินความหมายของการมีอาการและปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการต่างๆได้

กลยุทธ์การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แนวคิดนี้เชื่อว่า อาการทุกอาการมีความหมายจำเป็นต้องมีการจัดการอยู่ตลอดเวลา เป้าหมายการจัดการอาการคือการลดความรุนแรง นอกจากนี้ทั้ง 3 มิติ ของกระบวนการจัดการอาการ ยังเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพล กับ บุคคล (Person) สุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) เพราะการจัดการอาการจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหานั้น เป็นผลที่ได้จากการใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างดังนี้ซึ่งวัดผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ลักษณะและความรุนแรง คุณภาพชีวิต เป็นต้น

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการหุแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทของ ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) ตามแนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd (2001) เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ การจัดการกับอาการหุแหว่จะช่วยลดอาการหุแหว่โดยอาศัยกระบวนการจัดการกับอาการอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหุแหว่ที่ผ่านมาในอดีตของผู้ป่วย ให้ทำความเข้าใจร่วมกัน กระตุ้นส่งเสริมให้นำประสบการณ์เดิมมาช่วยในการตัดสินใจแสวงหาวิธีการที่เหมาะสม ที่จะนำไปใช้ในการจัดการกับอาการหุแหว่ให้ลดลง หลังจากนั้นพัฒนาทักษะ โดยการสอนและฝึกวิธีการจัดการกับอาการหุแหว่ สุดท้ายเป็นการทบทวนความรู้ร่วมกัน การดำเนินการจะดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน โดยดำเนินการกิจกรรม 3 ขั้นตอน 6 ครั้ง ดังนี้ ขั้นที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ขั้นที่ 2 ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ขั้นที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้งๆละ 60-90 นาที ภายในเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ดำเนินการ 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้นำกลุ่มเพื่อเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูล เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของอาการผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินประสบการณ์ในอดีตโดยให้เปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหุแหว่ตามการรับรู้ถึงอาการที่ผ่านมาของผู้ป่วยเอง ยกตัวอย่างเช่น ความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหุแหว่ เป็นต้น พร้อมทั้งให้เปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหุแหว่ตามประสบการณ์ของตนเองในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหุแหว่นี้จะนำมาช่วยในการแสวงหาวิธีที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรค อาการทางคลินิกและความรู้เรื่องกลยุทธ์หรือวิธีการในการจัดการกับอาการหุแหว่ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการกับอาการทางจิต ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ขั้นที่ 2 ดำเนินการ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1

วิธีที่ 1 การสอนและฝึกการสังเกตตรวจตราตนเองเพื่อนำไปสู่จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการที่ผู้ป่วยจะจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตตรวจตราตนเองนี้ถ้าเราสังเกตไม่ตรงตามจริงก็จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับอาการหุแหว่ เพราะเมื่อเอาใจใส่ต่ออาการหุแหว่อย่างตั้งใจว่าเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร อะไรทำให้แสบหรือดีขึ้น และทำการบันทึกก็จะทำให้รู้ถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่ประสบการณ์ในการระมัดระวังตัวหรือเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการ

วิธีที่ 2 การสอนและฝึกการใช้วิธีพูดคุยกับคนอื่น ในการจัดการกับอาการเป็นการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจให้เราจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้ตาหูทำงานประสานกันสามารถช่วยลดอาการหุแหว่ได้

ครั้งที่ 2

วิธีที่ 3 การสอนวิธีการกลยุทธ การใช้วิธีพูดคุยหรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงเป็นกลยุทธการจัดการกับอาการ มาใช้ในการจัดการกับหุแหว่โดยวิธีพูดแปลงเสียงคำว่า “หยุด” และเพิกเฉยต่อเสียงที่ได้ยิน วิธีการนี้เป็นการแสดงท่าทางไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน จะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ได้ของผู้ป่วยได้

วิธีที่ 4 การสอนวิธีการกลยุทธการใช้วิธีการอ่านออกเสียงในการจัดการกับอาการตามแนวคิดการอ่านหนังสือเป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยการใช้อักษรนี้คือ สบายตา และใช้หูทำงานประสานกัน การปฏิบัติก็คือ ให้สมาชิกอ่านเรื่องที่สบายใจประมาณ 2 นาทีเมื่อมีอาการหุแหว่ ในกรณีที่มีอาการมากขึ้น ให้หยุดอ่านหนังสือเรื่องนี้ แล้วอ่านเรื่องอื่นแทน จะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ลงได้

ครั้งที่ 3

วิธีที่ 5 สอนวิธีการกลยุทธการใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการ ใช้ในการจัดการกับอาการหุแหว่ โดยให้สมาชิกฮัมเพลงด้วยตนเอง ให้ฝึกทำทุกคน วิธีการฮัมเพลงนี้เป็นวิธีทำให้สมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สนใจโดยการใช้อักษรนี้คือเสียงและใช้หูทำงานประสานกัน ทำให้ลดลักษณะและความรุนแรงได้

วิธีที่ 6 สอนวิธีการกลยุทธการใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดในการจัดการกับอาการ ใช้ในการจัดการกับอาการหุแหว่ การฝึกวิธีหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด วิธีฝึกดังนี้ หายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ โดยใช้อักษรนี้คือกระบังลมบริเวณหน้าท้อง ช่วยให้ร่างกายได้รับอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น ทำ

ให้ออกซิเจนในเลือดมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง การฝึกหายใจถ้าฝึกถูกวิธีจะรู้สึกคลายเครียดและช่วยลดลักษณะและความรุนแรงได้

ขั้นที่ 3 ดำเนินการ 1 ครั้ง ดังนี้

การทบทวนความรู้ ประสบการณ์การมีอาการ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และอาการหูแว่ว ลักษณะอาการ การรักษา ความสำคัญของการจัดการกับอาการ และทักษะการจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นการร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆในการจัดการกับอาการ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการอาการหูแว่ววิธีต่างๆ ที่นำไปใช้แล้ว ช่วยลดอาการหูแว่วได้หรือเป็นวิธีที่เหมาะสมกับสมาชิก

สมมุติฐานการศึกษา

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วมีระดับต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา (One group pretest – posttest design) โดยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD – 10 ที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว

ตัวแปรตาม คือ ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เกิดความสามารถในการจัดการกับ

อาการหูแว่วพร้อมทั้งลดลักษณะและความรุนแรงลงได้ด้วยตนเอง โดยพัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ของธิดารัตน์ คณิ่งเพียร (2548) ตามกรอบแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่าการจัดการอาการมี 3 มิติที่สัมพันธ์กัน คือ 1) ประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom experience) 2) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome) โดยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์ และให้ความรู้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว
หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและผู้ศึกษาเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ความร่วมมือ และไว้วางใจและเปิดเผยประสบการณ์อาการหูแว่ว ที่ประกอบไปด้วย การรับรู้ อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองอาการ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและแสวงหาวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการหูแว่ว

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค อาการทางคลินิกและความรู้เรื่องกลยุทธ์วิธีการในการจัดการกับอาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา ผลกระทบ และปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบมากขึ้น รวมถึงทราบถึงความสำคัญของการจัดการกับอาการและการจัดการกับอาการหูแว่วโดยวิธีการกลยุทธ์ต่างๆ

ขั้นที่ 2 การสอนและฝึกทักษะ กลยุทธ์วิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว

ครั้งที่ 1 การใช้วิธีสังเกตตรวจตราตนเองและการใช้วิธีพูดคุยกับคนอื่น

การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาทำความเข้าใจกับสมาชิกถึงลักษณะและการสังเกตตรวจตราตนเอง ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กัน อธิบายและให้ทดลองทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเอง

การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่น หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกลองฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 2 การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียงและการใช้วิธีการอ่านหนังสือ

การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการพูด “หยุด” (โดยการเปล่งเสียง) หรือเพิกเฉยไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหุแว่ว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทดลองปฏิบัติในชั่วโมง

การใช้วิธีการอ่านหนังสือ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหุแว่ว ชักถามประสบการณ์การอ่านหนังสือในชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และให้ทดลองฝึกปฏิบัติในชั่วโมง

ครั้งที่ 3 การใช้วิธีการฮัมเพลงและการใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ

การใช้วิธีการฮัมเพลง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหุแว่ว ให้สมาชิกสาธิตวิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหุแว่ว ให้สมาชิกลองฝึกทักษะการฮัมเพลงในชั่วโมง

การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการกับอาการหุแว่ว ให้สมาชิกได้ทดลองฝึกปฏิบัติหลังเสร็จสิ้นการฝึก 6 กิจกรรมใน วันที่ 3 แล้วนั้นทบทวนทักษะการจัดการกับอาการหุแว่ว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยให้ทำแบบบันทึกตรวจตราตนเองและแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหุแว่วมอบหมายให้ไปทำเป็นการบ้าน จำนวน คนละ 4 ชุด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของกลยุทธ์การจัดการกับอาการหุแว่ว

การทบทวนความรู้และการจัดการกับอาการหุแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ในการทบทวนความรู้ ประสบการณ์การมีอาการ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และอาการหุแว่ว ลักษณะอาการ การรักษา ความสำคัญของการจัดการกับอาการ และทักษะการจัดการกับอาการหุแว่ว เป็นการร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆในการจัดการกับอาการแสดงความรู้สึกร่วมโปรแกรม รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหุแว่ว

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแว่ว หมายถึง การได้ยินเสียงโดยไม่มีปัจจัยภายนอกมากระตุ้น เกิดขึ้นเอง ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของการได้ยินเป็นเสียงจินตภาพ พุดข่มขู่ว่า หรือเป็นเสียงสั่งให้ทำไม่ดี สั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และถ้ามีความถี่ ความดัง ความชัดเจนของเสียงแว่วมาก จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการหุแว่ว ทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรม จนมีผลครอบงำความคิดและพฤติกรรมโดยแสดงออกด้วยอาการหลงผิดต่างๆ ซึ่งจัดอยู่ในระดับที่รุนแรง ทำให้มีปัญหาด้านการปฏิบัติหน้าที่การงานและการมีปฏิสัมพันธ์ จะมี

พฤติกรรมแยกตนเองจากสังคม ซึ่งการประเมินลักษณะและความรุนแรงที่กล่าวมาในที่นี้จะใช้เครื่องมือประเมินของธิดารัตน์ คณิงเพียร ที่ดัดแปลงมาจาก Auditory Hallucination Questionnaire ของ Bucherri et al. (2002) เครื่องมือมีข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการหูแว่ว 10 ลักษณะ ซึ่งแบ่งมาตราส่วน 6 ระดับ ระดับคะแนน 0 – 5 คะแนน

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามการจำแนกโรคของ ICD – 10 และผ่านพ้นระยะอาการกำเริบแล้วหรือได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทเรื้อรังหรือประทุหรือประทุระยะยาว (กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์, 2544) ร่วมกับการมีประวัติการมีอาการหูแว่วในชีวิตประจำวัน และมีอาการประสพหลงทางหูเป็นอาการสำคัญประการหนึ่งในระหว่างการรักษา โดยเนื้อหาของเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินอาจเป็นเสียงพูดเป็นคำ ประโยคหรือเรื่องราวทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยหรืออาจเป็นเสียงในรูปแบบและลักษณะอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้ยินและประเมินเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงแว่วพูดโต้แย้งกัน เสียงแว่วนินทาตัวผู้ป่วย เสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรืออาจเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่นและตนเอง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและเพิ่มคุณภาพของการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว