

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ชนิดหนึ่งซึ่งพบได้มากที่สุด มีความรุนแรงและการดำเนินโรคที่เรื้อรังโดยพบได้ในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5 – 1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้สำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จำแนกโรคตาม ICD-10 อย่างชัดเจน จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2549 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนผู้ป่วย 100,142 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการมากที่สุดคือจำนวน 20,197 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2549) และพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลศรีธัญญามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมด 122,777 ราย จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากที่สุดคือโรคจิตเภท 63,321 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.6 จำนวน และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด 4,313 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.8 (สถิติปีงบประมาณ 2551 โรงพยาบาลศรีธัญญา)

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่เรื้อรังรุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งเดียว แล้วหายขาดหรือป่วย 2 -3 ครั้ง กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลา จะยังมีอาการคงเหลือและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542) การวิจัยในปัจจุบันพบสาเหตุว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของสมอง ที่หลังสารเคมีผิดปกติ โดยมีกรรมพันธุ์ บุคลิกภาพและสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดโรค (Ahen & Fisher, 2001 อ้างถึงใน ดวงแก้ว รอดอ่อง, 2547) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Taylor, 1994 and Jono, 1993 อ้างถึงใน นฤมล สุริยะ, 2550) คือกลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่นในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ เช่น การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล และกลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่พบได้มากที่สุด เป็นความผิดปกติด้านความคิดเนื้อหาและความเชื่อมโยงความคิดร่วมกับความคิดผิดปกติของการรับรู้ อาการที่เด่นชัดคือ หลงผิดประสาทหลอน สำหรับอาการประสาทหลอน ที่พบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 75 ในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ อาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “อาการหูแว่ว” อาการหูแว่ว หมายถึง การได้ยินที่

ผิดปกติไปโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก หรือการรับรู้ความรู้สึกทางการได้ยินที่ไม่คงอยู่ในความเป็นจริง (Asaad and Shapiro, 1986; Kaplan, Sadock, 2003; อ้างถึงใน ชิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548) ผู้ที่มีอาการนี้มักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราวและขณะที่ได้ยินก็รู้สึกตัวดีตลอด อาการหูแว่วที่พบบ่อย คือ เสียงแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (Voice arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียงคนเดียวต่อว่าหรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็จะวิพากษ์วิจารณ์ไปหมด (Voice commenting) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) อาการหูแว่วหรือเสียงแว่วที่ได้ยิน เป็นอาการทางจิตที่ถือว่าเป็นอาการหลัก (Core symptom) (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2544) เป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท เป็นอาการเตือน (Prodromal sign) แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการกำเริบ (Active phase) สาเหตุของการเกิดอาการหูแว่วยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน อาจเกิดจากความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมองคือ อาการหูแว่วมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติการทำงานของสมองส่วนฟรอนทอล (Frontal) และการหลั่งของสารโดปามีน (Dopamine) ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคจิตเภท และปัจจัยทางจิตวิทยาและด้านสังคม อาการหูแว่วมีความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์การถูกทำร้ายในวัยเด็ก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ความเครียดเรื้อรัง แบบแผนการนอนแปรปรวน

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่จิตแพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล จะมีอาการหูแว่วเป็นอาการสำคัญ ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับอาการหูแว่ว หรือไม่มีความสามารถจัดการกับลักษณะและความรุนแรงกับอาการหูแว่วได้ จะเป็นอาการสำคัญของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การรักษาโรคจิตเภท ด้วยยาต้านโรคจิตเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ โดยออกฤทธิ์ปรับระดับสารชีวเคมีในสมองให้เกิดภาวะสมดุล ทำให้อาการทางจิตสงบลง อาการหูแว่วลดลง โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 1 ถึง 2 ปี และในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ต้องได้รับการรักษาอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) การศึกษาของ Baker (1995) พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้นอาการหูแว่วจึงจะหายไปอีกประมาณร้อยละ 30 อาการหูแว่วก็ยังคงมีอยู่แต่ลดความรุนแรงลงและจากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 20 - 30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Buccheri et al, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ตลอด (Persistent auditory hallucination) (Miller, 1996 cite in Trystad et al., 2002)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว อาการหูแว่วทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย คือมีความคิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน บางรายมีความทุกข์มากจนกระทั่งไม่ยอมทำอะไร เบื่อหน่ายคิดซ้ำๆ กวนคิดหมกมุ่นอยู่ในโลกของตนเอง บางรายมีอาการแสดงออกด้วยการพูดคนเดียว ขาดจุดมุ่งหมายในการแสดงพฤติกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง การ

แต่งกายสกปรก แผลกปรกแผลขาด ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวอกแวกไม่มีสมาธิ มีปัญหาในเรื่องการเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน สูญเสียทักษะทางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (Martin & Osborne, 1989; Moller & Murphy, 2001 อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) รวมทั้งยังพบว่า อาการหูแว่วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานและเกิดขึ้นมากเท่าใด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Fallon and Talbot (1981) พบว่าร้อยละ 28 ของผู้ที่มีอาการหูแว่วอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Fallon and Talbot, 1981 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธสบาย จุลกัทพิพะ และคณะ (2542) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองนั้น มีอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เมื่อพิจารณาลงลึกไปในรายละเอียดพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้ารู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้ รู้สึกหมดหวัง ร่วมกับมีอาการหูแว่วลักษณะทั่วไป และหูแว่วมีลักษณะเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง เป็นตัวบอกถึงอัตราเสี่ยงสูงในการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การพยายามทำร้ายตนเองในผู้ป่วยจิตเภท จะพบเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ในด้านผลกระทบต่อบุคคลอื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยพบว่าระดับของเสียงและลักษณะเนื้อหาของเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ในด้านลบจนทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงอย่างหนึ่งอย่างใดออกมาในที่สุด (Cheung et al., 1997, Lee et al., 2004) และอาการหูแว่วส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก โดยเฉพาะส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีความรู้สึกทุกข์ใจ คิดหาควาระวางหวาดกลัว เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วลักษณะเสียงสั่ง (Command hallucination)

การศึกษาของ Lee et al. (2004) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยทั้ง ชายและหญิงจำนวน 100 ราย พบว่าในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วชนิดเสียงสั่งถึงร้อยละ 53 โดยในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทยอมทำตามเสียงสั่งจนเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคคลอื่นถึงร้อยละ 55 (Lee et al., 2004 อ้างถึงใน ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550) เมื่อมีอาการของโรคที่เรื้อรังและเกิดอาการกำเริบได้บ่อย สุดท้ายครอบครัวแก้ปัญหาโดยการขอให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป (วารุณี ตั้งเสรี และคณะ, 2538 อ้างถึงใน พรรณภา แสงส่อง, 2549) ส่วนงานศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการหูแว่วด้วยวิธีบำบัดทางจิตสังคม ส่วนใหญ่พบการบำบัดด้วยโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการเจ็บป่วย สามารถเพิ่มทักษะและจัดการกับอาการหูแว่วของตนเองได้ จึงทำให้อาการหูแว่วลดลง (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548; พรรณภา แสงส่อง, 2549; นฤมล สุริยะ, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550; ัญญาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550)

ในปัจจุบันการบำบัดรักษาอาการหูแว่ว ให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแต่การรักษาด้วยยานั้นพบว่าเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ และไม่ยอมรับประทานยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ จึงมีแนวทางการบำบัดรักษาที่หลากหลายมากขึ้น การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมเป็นทางเลือกหนึ่ง ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่บำบัดผสมผสานไปกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วย หรือมีประสิทธิภาพ มากกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (Jenner et al., 2004)

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลจิตเวชในระดับตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และเป็นสถาบันที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่เป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน แผนกหญิงดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ศึกษาศึกษาในปีงบประมาณ 2551 (กันยายน 2550 – ตุลาคม 2551) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน มีทั้งหมด 3,687 คน มีผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันจำนวน 772 คน คิดเป็นร้อยละ 20.98 (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) จากประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ศึกษาเองพบว่า การแสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง และต่อผู้อื่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ญาติพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา มีอาการหูแว่วเป็นอาการสำคัญประการหนึ่ง ในการพิจารณาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว พบว่าลักษณะเสียงที่ได้ยิน เป็นเสียงคนพูดคุยกัน พูดสาปแช่งผู้ป่วย ตาหนีตืดเย็นพฤติกรรมผู้ป่วย เสียงพูดจะขู่ฆ่า เสียงสั่งมาให้ทำตาม ความรุนแรงของอาการหูแว่ว จำนวนผู้ป่วย 7 รายมีอาการเป็นบางช่วงเวลาไม่สม่ำเสมอ และจำนวนผู้ป่วย 3 รายมีอาการหูแว่วตลอดเวลา พฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออาการหูแว่วของผู้ป่วยคือ มีความวิตกกังวล ร้องไห้ นอนไม่หลับ แยกตัว พูดคนเดียว ยิ้มหัวเราะคนเดียว เรือยเปื้อย เดินออกนอกบ้าน ทำตามเสียงเพราะเสียงมาสั่งให้ทำตาม บางรายอารมณ์หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อสอบถามความคิดเห็น รู้สึก อารมณ์ ที่มีต่ออาการหูแว่ว พบว่า เมื่อมีเสียงแว่วที่เป็นลักษณะด้านลบ คือพูดสาปแช่งผู้ป่วย ตาหนีตืดเย็นพฤติกรรมของผู้ป่วย เสียงพูดขู่จะฆ่าทำร้ายทำให้ผู้ป่วยคิดว่าอาการหูแว่วเป็นอาการที่น่ากลัว แยกแยะไม่ถูกว่าเสียงแว่วหรือเสียงจริง รู้สึกงุนงง หวาดระแวง หวาดกลัว รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ โมโห บางรายเชื่อว่าเสียงนั้นเป็นความจริง วิธีเผชิญกับอาการหูแว่ว บางรายใช้วิธีรับประทานยาต้านโรคจิตเพิ่มขึ้น รับประทานยามีก่อนนอนเพิ่มเพื่อต้องการพักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่มากขึ้นเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ บางรายไม่ทราบวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของตนเอง จึงทนกับอาการหูแว่วและเป็นสาเหตุให้อาการกำเริบ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

ปัจจุบันแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยเน้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของจิตแพทย์ ส่วนการดูแลโดยพยาบาลได้มีการนำมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาใช้ในกระบวนการการพยาบาลตามนโยบายการประกันคุณภาพ (Nursing quality assurance) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองและกิจกรรมกลุ่มบำบัดซึ่งยังเป็นลักษณะการดำเนินการในภาพรวม สำหรับผู้ป่วยทุกคน ทุกโรค ที่อาการทางจิตสงบพอที่จะเข้าร่วมกลุ่มได้ รูปแบบการดำเนินการยังมีความหลากหลายตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน รวมทั้งยังขาดการประเมินผลที่ชัดเจน แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแลยังไม่ตอบสนองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีลักษณะเฉพาะอย่าง เช่นอาการหูแว่วที่ส่วนหนึ่งยังคงมีอาการอยู่ตลอดหลังจำหน่าย นอกเหนือจากการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาตามการนัดหมายหรือเมื่อมีอาการกำเริบแล้ว ยังขาดแนวทางในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะถ้าเสียงนั้นมีลักษณะคุกคามหรือเป็นเสียงสั่งอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว ทุกข์ทรมาน กังวล หรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพยายามให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว รับรู้ว่เสียงหูแว่วเป็นอย่างไร และให้มีความรู้เรื่องวิธีการจัดการหูแว่วด้วยวิธีต่างๆด้วยตนเอง และมีทักษะในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง สามารถควบคุมอาการหูแว่วไม่ให้เกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นได้

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถคงหน้าที่เดิมไว้ได้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดความรู้สึกเบื่อหน่ายจากอาการที่เกิดขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Kennedy et al.,2000 Larson et al.,1994 อ้างถึงใน ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาสาเหตุของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาสม่ำเสมอแต่ยังคงมีอาการหูแว่ว ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ อย่างไรก็ตามในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ยังคงมีอาการหูแว่วจำนวนมาก พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว จะใช้วิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและความเชื่อ เช่น ชาวชาวดัตช์จะนิยมใช้วิธีการจัดการที่สัมพันธ์กับศาสนา ส่วนชาวอังกฤษ นิยมใช้ความบันเทิง หรือการผ่อนคลาย (Lakeman, 2001) วัฒนธรรมทางตะวันตกเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วประสาทหลอน เกิดจากความผิดปกติที่สมอง วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้คือ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การหาเพื่อนคุย เป็นต้น (ดวงแก้ว รอดอ่อง, 2547) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับอาการมีหลายปัจจัยคือ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย (Nayani and David, 1996) ความเชื่อ

เกี่ยวกับเสียง (Tait et al, 2004; Birchwood and Chadwich, 1997) และการสนับสนุนทางสังคม (Singh, Sharan and Kullhara, 2002) และมีความพยายามที่จะพัฒนา โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทขึ้น ซึ่ง Model of symptom management ที่พัฒนามาจากแนวความคิดของ Dodd et al. (2001) มีแนวความคิดว่า การทำความเข้าใจการจัดการอาการจะต้องทราบมิติที่สัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom Outcome) ซึ่งกล่าวถึง 3 มิติที่สัมพันธ์กันในการผสมผสานในการจัดการอาการ ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) โดยผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ในการให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการหูแว่วและการประเมินอาการ และโดยผู้ป่วยจะสำรวจประสบการณ์จากอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค ประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว โดยประเมินต่อความรุนแรงของอาการ ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และมีส่วนร่วมในการในการจัดการกับอาการ

2. กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) โดยอธิบายถึงลักษณะของวิธีที่ใช้ในการจัดการ โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอหรือเบี่ยงเบนผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ โดยการใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการ จะทำให้ผู้ป่วยสนใจและเอาใจใส่กับอาการหูแว่วอย่างตั้งใจว่าเกิดเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และอะไรทำให้แย่ลงหรือดีขึ้น และการทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเองจะทำให้รู้ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอาการ การพูดคุยกับผู้อื่น ทำให้มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะทำให้ตาและหูจะมีความทำงานประสานกัน การใช้วิธีการพูด "หยุด" หรือเพิกเฉยไม่ทำตาม วิธีการอ่านหนังสือ วิธีการฮัมเพลงทำให้มีการใช้กล้ามเนื้อเสียงและหูทำงานประสานกัน การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะช่วยให้

หัวใจเต้นช้าลงสมองปลอดโปร่งได้รับออกซิเจนมากขึ้น และทำให้รู้สึกคลายเครียดและช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วและประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆของผู้ป่วยในการจัดการอาการหูแว่ว ด้วยการวัดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว วิธีต่างๆที่นำไปใช้แล้วช่วยลดอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อควบคุมลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท

3. ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (Symptom outcomes) เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆของผู้ป่วยในการจัดการอาการหูแว่ว ด้วยการวัดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงสามารถทำหน้าที่และความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่ง ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ เป็นผลที่เกิดจากกลยุทธ์การจัดการ

กับอาการ เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) ของผู้ป่วย เพิ่มการทำหน้าที่ (Function status) มีความสามารถจัดการกับลักษณะและความรุนแรงกับอาการหุแหว่ได้

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถคงหน้าที่เดิมไว้ได้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดความรู้สึกเบื่อหน่ายจากอาการที่เกิดขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Kennedy et al., 2000 Larson et al., 1994 อ้างถึงใน ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) จากที่กล่าวมาข้างต้น Model of symptom management นั้นเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการอย่างเป็นระบบด้วยตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตมาช่วยตัดสินใจ เลือกวิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองที่ผู้ป่วยเคยใช้ และเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนแต่มีประสิทธิภาพในการลดอาการหุแหว่ของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการจัดการอาการหุแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ของพรรณภา แสงส่องที่พัฒนาจากแนวคิดจาก Model of symptom management ของ Dodd et al. (2001) โดยเริ่มเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา ผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และสอนกลยุทธ์การจัดการอาการหุแหว่วิธีการจัดการกับอาการหุแหว่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังส่งผลต่อการลดความรุนแรงของโรคจิตเภท และลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและงบประมาณของประเทศชาติ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงอาการหุแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหุแหว่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด Model of symptom management ของ Dodd et al. (2001) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการจัดการอาการเป็นกระบวนการประกอบด้วย 3 มิติ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experience) 2) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ (Symptom Outcome) ทั้ง 3 มิติมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่เน้นประสบการณ์การมีอาการ เป็นการที่

ผู้ป่วยเรียนรู้ประสบการณ์จากการมีอาการต่างๆ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้อาการของตน ประเมินความหมายของอาการและปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แนวคิดนี้เชื่อว่า อาการทุกอาการมีความหมายและจำเป็นต้องมีการจัดการอยู่ตลอดเวลา เป้าหมายของการจัดการคือ การลดความรุนแรง นอกจากนี้การจัดการอาการขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการเป็นผลที่ได้จากการใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ตัวอย่างดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง อาการ ลักษณะและความรุนแรง คุณภาพชีวิต เป็นต้น และทั้ง 3 มิติของกระบวนการจัดการอาการนั้น ยังมีตัวแปรซึ่งมีอิทธิพล ได้แก่ บุคคล(Personal) สุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health/Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของพรรณา แสงส่อง (2549) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการจัดการอาการหูแว่ว จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอาการหูแว่วและมีกระบวนการจัดการอาการที่เป็นระบบ เริ่มจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการมีอาการหูแว่ว กลวิธีที่เคยใช้ในอดีตร่วมกัน แล้วจากนั้นพยาบาลช่วยเสนอแนะวิธีการใหม่ซึ่งแสวงหาได้ง่ายในชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ในอดีต ทำความเข้าใจร่วมกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์เดิมมาช่วยในการตัดสินใจแสวงหา วิธีการที่นำไปใช้ในการลดอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลง และฝึกฝนทักษะในการจัดการอาการหูแว่ว ดำเนินการ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม สัปดาห์ๆ ละ 3 กิจกรรม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กิจกรรมๆ ละ 50-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต เป็นการทำความเข้าใจรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของ โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสาเหตุ อาการและการรักษา รวมถึงความสำคัญของการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเองซึ่งจะทำให้สามารถประเมินอาการตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Symptom Experience)

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วและการใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการ (Symptom Experience) ให้ผู้ป่วยเปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหูแว่วตามการรับรู้และการประเมินของตนเอง ถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหูแว่ว เปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหูแว่วนี้ตามประสบการณ์ของตนเองในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งการประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วนี้นำมาช่วยในการตัดสินใจ หรือแสวงหาวิธีการในการจัดการที่

เหมาะสมด้วยตนเอง การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการที่เหมาะสมด้วยตนเอง เป็นการนำวิธีการกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการจัดการอาการหุแหว่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสนใจและเอาใจใส่กับอาการหุแหว่อย่างตั้งใจว่าเกิดเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และอะไรทำให้แย่ลงหรือดีขึ้น และการทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเองจะทำให้รู้ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอาการที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นและการใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการ การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการจัดการอาการหุแหว่ด้วยตนเอง เป็นการอธิบายความเป็นมาของการนำวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหุแหว่ เพื่อหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจ การมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะทำให้ตาและหูมีการทำงานประสานกันสามารถช่วยลดอาการหุแหว่ การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการ เป็นวิธีการหลีกเลี่ยงไม่ให้เราทำตามหรือหมกมุ่นอยู่กับเสียงที่เราได้ยิน โดยวิธีการพูด “หยุด” การที่มีการเปล่งเสียงออกมา ส่วนการเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน วิธีการนี้เป็นการแสดงท่าทาง ทำเป็นว่าไม่สนใจเสียงที่ได้ยินจะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ได้

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการอ่านหนังสือและการใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหุแหว่ด้วยตนเอง การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการหุแหว่ด้วยตนเอง เป็นการเบี่ยงเบนหรือหันเหจากอาการหุแหว่ด้วยการมีสมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่สนใจ โดยใช้กลัมนี้อา และใช้หูทำงานประสานกันให้สมาธิเลือกอ่านเรื่องที่รู้สึกสนใจประมาณ 5 นาที เมื่อมีอาการหุแหว่ ในกรณีที่มีอาการมากขึ้น ให้หยุดอ่านหนังสือเรื่องนี้ แล้วให้ไปอ่านเรื่องอื่นๆแทน จะช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ได้ การใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหุแหว่ด้วยตนเอง เป็นการ ใช้สมาธิจดจ่อไปในสิ่งที่สนใจ โดยการ ใช้กลัมนี้อาเสียงและหูทำงานประสานกัน ซึ่งสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ได้

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการ เป็นการฝึกหายใจช้าๆลึกๆโดยใช้กลัมนี้อากระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกลัมนี้อาหน้าท้องและลำไส้ด้วยการฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะช่วยให้หัวใจเต้นช้าลงสมองปลอดโปร่งได้รับออกซิเจนมากขึ้น และทำให้รู้สึกคลายเครียดและช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ได้

กิจกรรมที่ 6 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหุแหว่ ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (Symptom Outcome) เป็นการร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆของผู้ป่วยในการจัดการอาการหุแหว่ โดยมุ่งศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วยการวัดลักษณะและความรุนแรงของ

อาการหิวแหว่ว วิธีต่างๆที่นำไปใช้แล้วช่วยลดอาการหิวแหว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด และวิธีการต่างๆที่นำไปใช้แล้วเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือช่วยลดอาการหิวแหว่ว

เมื่อเสร็จจากการเข้ากลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงลักษณะอาการและการรักษาได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหิวแหว่ว และความสำคัญของการจัดการกับอาการหิวแหว่วและมีวิธีการจัดการอาการหิวแหว่วด้วยตนเอง ซึ่งจะนำมาช่วยในการตัดสินใจหรือแสวงหาวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมด้วยตนเอง ได้เรียนรู้และฝึกทักษะวิธีการจัดการอาการหิวแหว่ววิธีต่างๆ ในการจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการอาการหิวแหว่วที่เหมาะสมกับตัวเองได้

สมมติฐานการศึกษา

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่วหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่ว น้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่ว

ขอบเขตการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) โดยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

2. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา อยู่ในระยะเรื้อรังบำบัด ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแต่ยังมีอาการหิวแหว่ว จำนวน 20 ราย

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่ว

ตัวแปรตาม คือ ลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่วในผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามหลักการวินิจฉัยโรค ICD – 10 และเป็นผู้ที่ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทเรื้อรังบำบัดร่วมกับมีอาการหิวแหว่ว เป็นอาการสำคัญประการหนึ่งในระหว่างการรักษา

การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยกระบวนการกลุ่ม ในการส่งเสริมพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยพัฒนาใช้โปรแกรมการจัดการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของพรรณภา แสงส่อง (2549) ซึ่งใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2002) โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม สัปดาห์ๆ ละ 3 กิจกรรม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กิจกรรมๆ ละ 50-60 นาที จัดกิจกรรมในวันจันทร์ พุธ และศุกร์มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต หมายถึง การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและสมาชิกเพื่อให้ความคุ้นเคยรู้จักและไว้วางใจกัน โดยผู้ศึกษาแนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรม วัตถุประสงค์การร่วมกิจกรรมรวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการและการรักษา มีการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ อาการทางจิตและผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตและวิธีการจัดการอาการทางจิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การประเมินประสบการณ์และการใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง การประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหูแว่วร่วมกันเปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอาการหูแว่วตามการรับรู้และการประเมินของตนเองถึงความรุนแรง ความถี่ ความดังของการเกิดอาการหูแว่ว และเปิดเผยผลกระทบและการตอบสนองต่ออาการหูแว่วนี้ตามประสบการณ์ของตนเอง มีการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กัน

การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาทำความเข้าใจกับสมาชิกถึงลักษณะการสังเกตตรวจตราตนเอง ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กัน นำเสนอแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเอง อธิบายวิธีการกรอกข้อความลงในแบบบันทึก ให้สมาชิกลงมือทำแบบบันทึก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้การบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกการสังเกตตรวจตราตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นและการใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการพูดคุยกับผู้อื่นมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกลองฝึก

ปฏิบัติในชั่วโมง และให้การบ้าน โดยทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่ว โดยการใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว

การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉย/หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการพูด “หยุด” /หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการหูแว่ว แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และให้การบ้าน โดยทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่ว โดยการใช้วิธีการพูด “หยุด” /หรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 4 การใช้วิธีการอ่านหนังสือและการใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการหูแว่วด้วยตนเอง การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการหูแว่วด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการอ่านหนังสือในการจัดการกับอาการหูแว่ว ชักถามประสบการณ์อ่านหนังสือในชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ให้การบ้าน โดยทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่ว โดยการใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการอาการหูแว่ว

การใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง ให้สมาชิกสาธิตวิธีการฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่ว ให้สมาชิกลองฝึกทักษะการฮัมเพลงในชั่วโมงและให้การบ้าน โดยทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่ว โดยการใช้วิธีฮัมเพลงในการจัดการกับอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 5 การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการหูแว่ว และให้สมาชิกได้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง และให้การบ้าน โดยทำแบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่ว โดยใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจในการจัดการอาการหูแว่ว

กิจกรรมที่ 6 ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยผู้ศึกษาให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อวิธีการต่างๆในการจัดการกับอาการหูแว่ว แสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมโปรแกรม รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหูแว่วจากแบบประเมินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว หมายถึง การประเมินลักษณะของอาการหูแว่วตามประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับลักษณะและความรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเภทระบุลักษณะการได้ยินที่ผิดปกติต่างๆซึ่งสามารถประเมินได้จากการใช้

เครื่องมือประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของ ริชาร์ดสัน คณิงเพียร์ (2548) ที่ดัดแปลงมาจาก Auditory hallucination Questionnaire ของ Bucherri et al. (2002) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ในลักษณะต่างๆ 10 ลักษณะ และแต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก ซึ่งลักษณะข้อคำตอบแบ่งเป็นมาตราส่วน ประมาณ 6 ระดับ คือระดับคะแนน 0-5 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการจัดการไปใช้ในการจัดการอาการหูแว่วได้ด้วยตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้อยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข หรือดูแลตนเองได้ตามสมควร ไม่ต้องเป็นภาระแก่ญาติและผู้ดูแล

2) ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการอาการหูแว่ว ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง ส่งผลให้การรักษาด້วยยามีสัทธิภาพมากขึ้น ทำให้อาการกำเริบลดลง ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดการกลับเป็นซ้ำ ช่วยประหยัดงบประมาณค่ารักษาพยาบาล

3) เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ