



นิพนธ์ต้นฉบับ ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วและ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

วิมลพร เกียรติคุณินท์, พย.บ.*

รินฤดี ลิ้มฉาย, พย.ม.*

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, กศ.ม.*

วัลลภา กิตติมาสกุล, วท.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมจัดการกับอาการหูแว่ว แบบประเมินลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการหูแว่วและแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และแบบประเมินมีความเชื่อมั่น 0.7 และ 0.8 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test และ Mann-Whitney U test

ผล: 1. ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิต ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพบว่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิต ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยจิตเภท การลดอาการหูแว่วที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ที่มีกระบวนการบำบัดที่เป็นระบบ เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับอาการที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท อาการหูแว่ว การจัดการอาการหูแว่ว ประสิทธิภาพ



O r i g i n a l a r t i c l e

Effectiveness of symptom management program with characteristics and severity auditory hallucination and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia

*Wimolporn Kiatwuthinon, B.Ns**

*Ruenrudee Limchy, M.Ns.**

*Chusri Kerdpong bunchote, M.Ed.**

*Wallapa Kittimarskun, M.Sc.**

Abstract

Objective: The purposes of the research were study effect of symptom management program with characteristics and severity of auditory hallucination and psychiatric symptoms of schizophrenia inpatients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry before and after their participation in symptom management program, and to compare experimental and control groups.

Materials and Methods: The research samples of This Quasi – experimental were thirty patients with Schizophrenia, randomly assigned into one experimental group and one control group. Research instrument were included symptom management program, characteristics and severity of auditory hallucination and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). The reliability of these characteristics and severity of auditory hallucination were .71 and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) were .81 respectively. The Wilcoxon signed ranks test and Mann-Whitney U test were used in data analysis.

Results: 1. The characteristics and severity of auditory hallucination and psychiatric symptoms of patients with Schizophrenia within experimental group were significantly reduced.

2. The characteristics and severity of auditory hallucination and psychiatric symptoms of patients with Schizophrenia within experimental group were significantly reduced to compare control group.

Conclusion: Auditory hallucinations were important to normal life of patients with Schizophrenia, and Symptoms management program can reduce auditory hallucination in patients with Schizophrenia.

Key words: schizophrenia, auditory hallucination, symptom management, effectiveness

* Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญในทางจิตเวช มีความรุนแรงและการดำเนินโรคที่เรื้อรัง อีกทั้งมีการเสื่อมถอยเป็นส่วนใหญ่¹ ก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก² ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมหรือบกพร่องในด้านการงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น³ ไม่สนใจสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย⁴ ในระยะกำเริบจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น⁵ จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทย จำนวน 22, 175 คน⁶ เป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด⁷ จากสถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาในปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 43, 47, และ 48 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดตามลำดับ⁸ ผลจากความเจ็บป่วยนี้ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างมาก

ปัญหาที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการหูแว่ว⁹ เป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด¹⁰ ทุกข์ทรมาน¹¹ และส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวข้าง ลักษณะอาการหูแว่วเป็นเสียงที่ไม่มีตัวตนที่คนอื่นไม่สามารถได้ยิน เป็นเสียงที่มาจากภายนอก หรือภายในบุคคลในขณะนั้น หรือเป็นการรับรู้ที่ผิดไปจากความจริง¹² ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ใจ เป็นกังวล แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ โดยเฉพาะในช่วงที่ได้ยินหูแว่วในด้านที่ไม่ดีกับตัวเอง⁹ จากการศึกษาของ Perona-Garalan และ Cuevas-Yust¹³ พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการหูแว่ว เสียงคนพูดในหูไม่เห็นตัว เสียงคนตายไปแล้ว คำพูดวิจารณ์และสบประมาท ทำให้เกิด

อาการทางจิตรุนแรงขึ้น เช่น มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า อาการหูแว่ว เป็นอาการสำคัญที่นำสู่การที่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้แน่ชัด ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ สามารถช่วยลดอาการหูแว่วได้ จากการศึกษา¹⁴ พบว่าอาการหูแว่วจะยังคงมีอยู่ ร้อยละ 25-50 แม้ว่าจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการรักษาอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจึงควรใช้การบำบัดแบบจิตสังคมและการรักษาด้วยยาควบคู่กันไป จึงจะได้ผลดี

วิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว มีหลากหลายวิธีโดย วิธีที่ใช้มากที่สุดในการจัดการกับอาการหูแว่ว คือ การหาเพื่อนคุย ไม่อยู่คนเดียว ต่อมาคือ การไม่สนใจ ฟังเพลง เปิดวิทยุดัง ๆ คุมสติ ท่องนะโม ออกกำลังกาย อดอาหาร¹⁵ ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการที่หลากหลายขึ้นกับประสบการณ์ในแต่ละคน และผู้ป่วยมักใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบเดิม ๆ ที่เคยใช้มาแม้จะไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด วิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการหูแว่วอย่างมีประสิทธิภาพ มี 2 วิธี¹⁶ ดังนี้ 1) Cognitive Behavior Therapy (CBT) โดยเน้นให้ผู้ป่วยแยกแยะอาการ ปรับความเชื่อ ความคิดที่ผิดปกติกเกี่ยวกับอาการ¹⁷ และ 2) Model of symptom management เน้นให้ผู้ป่วยสามารถประเมินเกี่ยวกับอาการหูแว่ว วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและผลการจัดการกับอาการ¹⁸

เหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิตใน

ผู้ป่วยในจิตเภท เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยในจิตเภทอื่นจะทำให้ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วและอาการทางจิต ของผู้ป่วยในจิตเภทลดลง และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับอาการหูแว่ว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest with Control Group Design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและเพศ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต 2) มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ค่า BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน 3) มีหูแว่วอย่างน้อย 3 เดือน 4) อ่านและเขียนหนังสือได้ 5) ยินยอมให้ความร่วมมือ มีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย เนื่องจาก 1 คน ขอดอนตัวออกจากโปรแกรมเมื่อดำเนินโปรแกรมได้ 2 ครั้ง อีก 3 คน จำหน่ายก่อนการสิ้นสุดโปรแกรม รวมเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโปรแกรมและให้ข้อมูลครบจำนวน 26 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (โดยมีหนังสือรับรองจริยธรรม) กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดและการประเมินจนมีความเข้าใจก่อนเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ประเภท ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการหูแว่ว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการหูแว่ว ของ Kanungpairn¹⁹ และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้หาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7

3. แบบสอบถามวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพของผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน

4. แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต BPRS ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham²⁰ ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเครื่องมือนี้ ภัทรา ธีรลาภ (2531) ได้หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

ส่วนที่ 2. โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมมาจาก โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วของ Kanungpairn¹⁹ ที่พัฒนามาจาก Model of symptom management ของ Dodd และคณะ²¹ และโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วของ พรรณนา แสงส่อง²² ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรง

คุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และนำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภท และปรับปรุงให้เหมาะกับผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ลักษณะของโปรแกรมเป็นการฝึกทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติโดยใช้จำลองสถานการณ์จริง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำกลับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและนำมาเสนอในกลุ่มครั้งต่อไป เนื้อหา กิจกรรมในโปรแกรมมี ดังนี้ 1) รู้จักกับโรคจิตเภท และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 2) รู้จักกับหูแว่ว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่ว และการสำรวจตนเอง 3) ทักษะการพูดเพื่อหยุดหูแว่ว หรือ เพิกเฉย 4) การอ่านหนังสือหยุดหูแว่ว 5) พูดคุยกันฉันท์มิตรพิชิตหูแว่ว 6) การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด 7) ประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว โดยได้รับการฝึกทักษะจัดการกับอาการหูแว่ว 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นจำนวน 7 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีในหอผู้ป่วย (Usual care) ประเมินผลก่อน และหลังจบโปรแกรมทันที (Pre-Post test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยเลือกใช้ วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วและความรุนแรงของอาการทางจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test เปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วและความรุนแรงของอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผล

กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน โดยพบว่าเป็นเพศหญิง และเพศชายเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 41.7) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.6 ± 9.9 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.7) และมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 66.7) กลุ่มศึกษาครั้งนี้จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) ส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยคือ บิดา (ร้อยละ 41.7) และมารดา (ร้อยละ 50.0) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 10.5 ปี (ร้อยละ 50.0) การเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในน้อยกว่า 9 ครั้ง (ร้อยละ 57.2)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะและความรุนแรงของอาการ หูแว่ว และความรุนแรงอาการทางจิตลดลงต่างจากก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1 และ ที่ 3) และพบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิต ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2 และที่ 4)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะและความรุนแรง ของอาการหูแว่ว	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Wilcoxon-test	p-value
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$		
กลุ่มทดลอง (n=12)	34.1 $\pm$ 5.4	23.0 $\pm$ 4.9	3.0	.001*
กลุ่มควบคุม (n=14)	34.0 $\pm$ 6.8	39.0 $\pm$ 5.0	2.4	.008*

*P < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ลดลงจากก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะและความรุนแรง ของอาการหูแว่ว	กลุ่มทดลอง(n=12)	กลุ่มควบคุม(n=14)	Mann - Whitney U-test	p-value
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$		
ก่อนการทดลอง	34.1 $\pm$ 5.4	34.0 $\pm$ 6.8	0.44	.659
หลังการทดลอง	23.0 $\pm$ 4.9	39.0 $\pm$ 5.0	4.19	.0001*

* P < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางจิต ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางจิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Wilcoxon test	p-value
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$		
กลุ่มทดลอง(n=12)	21.0 $\pm$ 5.2	14.2 $\pm$ 4.1	3.06	.001*
กลุ่มควบคุม(n=14)	20.3 $\pm$ 4.7	25.0 $\pm$ 8.1	1.47	.069

* P < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วผู้ป่วยจิตเภทมีความรุนแรงของอาการทางจิต ลดลงจากก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางจิต	กลุ่มทดลอง(n=12)	กลุ่มควบคุม(n=14)	Mann - Whitney U-test	p-value
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$		
ก่อนการทดลอง	21.0 $\pm$ 5.2	20.3 $\pm$ 4.7	0.12	.897
หลังการทดลอง	14.2 $\pm$ 4.1	25.0 $\pm$ 8.1	3.37	.0001*

* P < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีอาการทางจิต น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่วของกลุ่มทดลองทั้งก่อน-หลังการทดลอง

วิธีการจัดการ กับอาการหูแว่ว	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	ใช้		ไม่ใช้		ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.วิธีพูด“หยุด”/ เพิกเฉย	7	58.3	5	41.7	12	100	0	0
2. วิธีการอ่าน หนังสือ	6	50.0	6	50.0	12	100	0	0
3. วิธีการพูดคุย	6	50.0	6	50.0	12	100	0	0
4. วิธีฝึกการ หายใจ	2	16.7	10	83.3	12	100	0	0

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยวิธีพูด “หยุด”/เพิกเฉย ร้อยละ 58.3 รองลงมาคือวิธีการอ่านหนังสือและวิธีการพูดคุยเท่ากันคือร้อยละ 50 และหลังการทดลองผู้ป่วยทั้งหมดใช้ทุกวิธีในการจัดการกับอาการหูแว่ว ร้อยละ 100 ในทุกวิธี

วิจารณ์

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ๆ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเป็นบิดา มารดา ถึงแม้จะมีสถานภาพคู่ก็ตาม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระในการดูแลระยะยาว ทำให้คู่สมรสไม่สามารถดูแลได้เนื่องจากภาระครอบครัว ในส่วนของการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสามารถในการเรียนรู้ได้ เนื่องจากความสามารถทางสติปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางการรู้คิดและปัจจัยด้านระยะการดำเนินโรค²³ ก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วผู้ป่วยกลุ่ม

ทดลองมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า อาการหูแว่วและอาการทางจิตลดลงโดยมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ การวิจัย ของ Kanungpairn¹⁹ ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว กลุ่มทดลองมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระหว่างกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการวิจัยของ พรธรรมา แสงส่อง²² พบว่า ภายหลังการทดลอง ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Buccheri, Trygstad และคณะ²⁴ ที่พบว่า ภายหลังได้

รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเมื่อนำมาวิเคราะห์รายข้อ พบว่า คำร้อยละของลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทุกข้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความบ่อยของเสียง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการหูแว่วเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท ที่คงอยู่กับผู้ป่วยตลอดไป

นอกจากนี้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่ว ผู้ป่วยนำทุกวิธีที่ได้รับการฝึกทักษะไปใช้ในการจัดการกับอาการหูแว่ว ได้แก่ 1) วิธีพูด “หยุด”/ “เพิกเฉย” 2) วิธีการอ่านหนังสือ 3) วิธีการพูดคุย และ 4) วิธีฝึกการหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Carter, Mackinnon, Copolov¹⁵ พบว่า วิธีจัดการกับอาการที่ใช้บ่อยคือ 1) ใช้วิธีอ่านต่างๆ เล่นเกมส์ เขียนหนังสือ ฮัมเพลง พูดออกเสียง ใช้หูฟัง 2) ฟังเพลงหรือฟังวิทยุ 3) ใช้วิธีผ่อนคลาย และพูดกับบางคนเกี่ยวกับเสียง และ 4) แยกตัว/ หลีกหนี และตอบสนอง เช่น ตะโกนกลับไป หรือใช้ยา

ผลจากการวิจัยที่ได้แสดงถึง การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหูแว่ว และทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วอย่างเหมาะสมสามารถลดอาการหูแว่วได้ ซึ่งการลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วที่มีแบบแผน มีกระบวนการที่เป็นระบบ จึงจะสามารถลดอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในขั้นตอนผู้ป่วยควรได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการหูแว่วที่ถูกต้อง เปิด

โอกาสให้สำรวจประสบการณ์จากอาการหูแว่วของตนเอง ฝึกการสำรวจตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับและตระหนักรู้ถึงความรุนแรงปัญหาที่เป็นผลจากการมีอาการหูแว่ว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ โดยนำประสบการณ์ ในอาการหูแว่ว และการจัดการในอดีตทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผลมาวิเคราะห์แนวทางที่เหมาะสม ฝึกฝนทักษะและนำไปทดลองใช้ด้วยตนเอง ประเมินผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการด้วยวิธีต่างๆ ที่ได้นำไปใช้เพื่อให้มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตัวเอง

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว มีผลต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทคือทำให้มีอาการหูแว่วและอาการทางจิตลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้ การฝึกทักษะร่วมกับการให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อาการหูแว่วซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้ ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และมีแนวทางการจัดการอาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้นที่สำคัญ คือ การได้รับกำลังใจที่จะควบคุมอาการให้ได้ด้วยตัวเอง การที่ผู้ป่วยจัดการอาการหูแว่วได้ด้วยตนเองและสามารถลดความรุนแรงของหูแว่วลงจะส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

1. ควรมีการผสมผสานโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเข้าไว้ในงานประจำของหอผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

ให้สามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนี้สามารถนำไปพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีอาการหูแว่วได้

3. การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย เพราะมีการออกจากการทดลองก่อนสิ้นสุดโปรแกรมหลายคน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจไม่มากพอในการเป็นตัวแทนกลุ่มประชากร

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที จึงควรทำการศึกษาในระยะยาว เช่น 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีต่อมา เพื่อเป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวว่าสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพผลยาวนานหรือไม่อย่างไร

5. ควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วย เพราะบางวิธีการที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้อาจทำให้เกิดเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ เช่น การพูด “หยุด” เสียงดัง ๆ เพื่อไล่ หูแว่ว หรือการอ่านหนังสือเสียงดัง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนอาการหูแว่ว หากญาติได้มีโอกาสร่วมรับรู้ จะเป็นการช่วยส่งเสริม กระตุ้น และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ขอขอบคุณ ผศ.ดร.กนิษฐา จำรัสสวัสดิ์ ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ผศ.ดร. ทรงพล ต่อนี่ และ ดร. วิภาวี เผ่ากันทรากกร อาจารย์ที่ปรึกษา ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ นางเพชรี กันธสายบัว ที่ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ขอขอบคุณคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางธิดารัตน์ คณิงเพียร และนางสาวณัฐกานต์ ใจบุญ ขอขอบคุณนางพรรณภา แสงส่อง พยาบาลจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้ข้อเสนอแนะต่องานวิจัย ขอขอบคุณ นางกิ่งดาว ศรีวรรณท์ ที่ได้ให้คำแนะนำเรื่องสถิติในการวิจัย ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ที่สนับสนุนทุนในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Mental Health. Schizophrenia. [online]. Available from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm> [Retrieved 2006 May 25]
2. Wyatt RJ, Kirch DG, Delisi LE. Schizophrenia: Biochemical, Endocrine, and Immunological studies In Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry / V. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition Text Revision DSM-IV-TR™. Text Revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Velligan DI, Mahurin RK, Diamond PL, Hazleton BC, Eckert SL & Miller AL. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. Schizophrenia Research 1997;25:21-31.
5. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษย์. ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์; 2548.
6. กองแผนงานและสถิติ. รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค ประจำปีงบประมาณ 2542. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
7. กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริทมาเก็ตติ้ง; 2545.
8. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ต้นทุนต่อหน่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2548.
9. Hoffman RE, Rapaport J, Mazure CM, Quinlan DM. Selective speech perception alterations in schizophrenic patients reporting hallucinate "voices". Am J Psychiatry 1999;156:393-399.
10. Garcelan SP & Rodriguez AG. Coping strategies in psychotics: conceptualization and research results. Psychology in Spain 2002; 6(1):26-40.
11. Birchwood M, Gilbert P, Gilbert J, Trower P, Meaden A, Hay J et al. Interpersonal and role related schema influence the relationship with the dominant "voice" in schizophrenia: a comparison of three models. Psychological Medicine 2004; 34:1571-1580.
12. Kaplan HI & Sadock BJ. Kaplan and Sadock S Synopsis of Psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry. 9 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2003.
13. Perona-Garcelan S & Cuevas-Yust C. Behavioral treatment of auditory hallucinations in a schizophrenic patient: a case study. Psychology in Spain 1998; 2(1):3-10.
14. Carter DM, Mackinnon A, Copolov DL. Patient' Strategies for coping with auditory hallucinations. The Journal of Nervous and Mental Disease 1996;184(3):159- 164.
15. ดวงแก้ว รอดอ่อง. การจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

16. Jaiboon N. Development of a clinical nursing practice guideline for the symptom management of auditory hallucinations in patients with schizophrenia [A thematic for the degree of master of nursing science]. Bangkok: Mahidol University; 2006.
17. Wiersma D, Jenner JA, Van DE, Willige G, Spakman M, Nienhuis FJ. Cognitive behavior therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic follow-up study of the durability of effects. *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 2001;103:393-399.
18. Trygstad L, Buccheri R, Dowling G, Zind R, White K, Griffin JJ, et al. Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia: outcome from a 10- week course. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2002;8(3):84-91.
19. Kanungpairn T. Effects of symptom management program on Characteristics and Severity Auditory Hallucination in schizophrenia [A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science]. Bangkok: Mahidol University; 2005.
20. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report.* 1962; 10:799-812.
21. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher Es, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33(5):668-676.
22. พรรณภา แสงส่อง. การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ [โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช] กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
23. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision ed. Geneva: World Health Organization; 2006.
24. Buccheri R, Trygstad L, Kanas N, Dowling G. Symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia results of 1-year follow up. *Journal of Psychosocial Nursing* 1997;35(12):20-28.